نموذج ترخيص

أنا الطالب : سمر عصام مصطفى الكايد أمنح الجامعة الأردنية و/ أو من تفوضه ترخيصاً غير حصري دون مقابل بنشر و / أو استعمال و / أو استغلال و / أو ترجمة و / أو تصوير و / أو إعادة إنتاج بأي طريقة كانت سواء ورقية و / أو إلكترونية أو غير ذلك رسالة الماجستير / الدكتوراه المقدمة من قبلي وعنوانها.

الفقر وعلاقته بالتقنيات المساعدة لدى المعاقين في الأردن
(دراسة اجتماعية)

وذلك لغايات البحث العلمي و / أو التبادل مع المؤسسات التعليميــة والجامعــات و / أو لأي غاية أخرى تراها الجامعة الأردنية مناسبة، وأمنح الجامعة الحق بالترخيص للغير بجميــع أو بعض ما رخصته لها.

اسم الطالب: سمر عصام مصطفى الكايد

التوقيــــع:

التاريـــخ: ٩/١/٢٠١٤

العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب في الأردن (دراسة اجتماعية)

إعداد
سهى عصام مصطفى الخالدي

المشرف
الأستاذ الدكتور عيسى سليم المصاروة

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في
علم الاجتماع

كلية الدراسات العليا
الجامعة الأردنية

كانون الثاني، ٢٠١٤

قرار لجنة المناقشـــة

نوقشت هذه الرسالة (العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب في الأردن: دراسة اجتماعية)، وأجيزت بتاريخ ٢٠١٣/١٢/٢٩م.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيـــــــع
الدكتور عيسى سليم المصاروه، مشرفا أستاذ – الديموغرافيا الاجتماعية	....
الدكتور حلمي خضر ساري، عضوا أستاذ – علم الاجتماع	....
الدكتور موسى مفضي شتيوي، عضوا أستاذ مشارك – علم الاجتماع	....
الدكتور عبدالعزيز علي خزاعله، عضوا أستاذ – علم الاجتماع (جامعة مؤته)	....

الشكر والتقدير

إن الحمد لله نحمده ونستغفره، والصلاة والسلام على رسول الله خاتم النبيين وخير المرسلين محمد صلى الله عليه وسلم، اللهم لك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك لا نحصي ثناءً عليك أنت كما أثنيت على نفسك، فالحمد لله أولا وأخيرا على إخراج هذه الرسالة بصورتها الحالية.

ومن لا يشكر الناس لم يشكر الله، فلا بد من إعطاء الفضل لأهله، وأود أن أتقدم بالشكر الجزيل وعظيم الامتنان لمشرفي الأستاذ الدكتور عيسى مصاروة الذي لولا ملاحظاته لما خرجت الرسالة بصورتها الأمثل، كما أود شكره على الاهتمام الحثيث والنصائح المستمرة منذ اليوم الأول لكتابة الرسالة، وعلى دقته العالية وسعيه الدائم للكمال.

وأتقدم كذلك بالشكر لأعضاء لجنة المناقشة الأستاذ الدكتور حلمي ساري، و الأستاذ الدكتور عايد وريكات، والأستاذ الدكتور عبد العزيز خزاعلة لقبولهم المشاركة في مناقشة الرسالة الحالية، وعلى الوقت والجهد الذي بذلوه في قراءة الرسالة.

وأتقدم بالشكر العميق لأساتذة قسم علم الاجتماع على جهودهم عامة، وأخص بالذكر الأستاذ الدكتور إبراهيم عثمان الذي يستمر في عطائه المعرفي بكل إخلاص وتفاني.

وأتقدم بجزيل الشكر لأسرتي، لوقوفهم إلى جانبي خلال فترة الدراسة ولدعمهم المستمر وحبهم وتعاونهم، كما أشكر زميلاتي في الدراسة والعمل اللواتي لم يبخلن علي بالوقت والمساعدة والنصح خلال فترة كتابة الرسالة.

والله الموفق

الباحثة

سهى الخالدي

قائمة المحتويات

الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها

الفصل الرابع: النتائج

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملاحق

مصطلحات واختصارات الدراسة

* مدة العلاج: الفترة الزمنية الفاصلة بين أول زيارة لعيادة العقم وزيارة المقابلة.

* مدة الانتظار: الفترة الزمنية الفاصلة بين اليوم الأول من الزواج و الزيارة الأولى لعيادة العقم.

* ARTs: Assisted Reproductive Technologies.

* IVF: In Vitro Fertilization.

* PGD: Preimplantation genetic diagnosis.

* ICSI: Intracytoplasmic Sperm Injection.

العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب في الأردن (دراسة اجتماعية)

إعداد

سهى عصام مصطفى الخالدي

المشرف

الأستاذ الدكتور عيسى سليم مصاروة

الملخص

هدفت الدراسة التعرف إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية لمراجعي عيادات علاج العقم، وإلى تحديد دوافعهم الاجتماعية وراء السعي لعلاج العقم بالتقنيات المساعدة على الإنجاب، ومدى تعرضهم لضغوط اجتماعية، ومدى ارتباط وضعهم بالسرية. ولتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها تم توزيع استبانة على مجتمع الدراسة الذي تكون من جميع مراجعي عيادات العقم والمستشفيات التي تم اختيارها في الفترة الممتدة من ٢٠١٣/٢/١٥ إلى ٢٠١٣/٤/٣٠، واشتملت عينة الدراسة على مائة وواحد وثلاثين زوجا وزوجة، وتم جمع البيانات بطريقة قصدية نتيجة للسرية المحيطة بسجلات المراجعين، وتم تحليل البيانات إحصائيا باستخدام برمجية (SPSS).

وقد خلصت الدراسة إلى أنّ غالبية مراجعي عيادات العقم هم ممن تقلّ أعمارهم عن خمس وثلاثين سنة، في مختلف المستويات التعليمية، وأنّ الغالبية يقلّ دخلهم عن أربعمئة دينار شهريا، وغالبا لا يشمل التأمين الصحي لديهم علاج العقم. وأظهرت الدراسة أنّ العامل الذكوري للعقم أعلى من العامل الأنثوي، كما أنّ السبب الأول للعقم عند الرجال هو نقص تعداد النطاف وعند النساء هو تكيس المبايض.

وتوصلت الدراسة إلى وجود ضغوطات اجتماعية ثقافية من المجتمع المحيط والأسرة الموجهة نحو الإنجاب والعلاج، وارتباط العقم من جهة وعلاجه من جهة أخرى بالسرية أولاً والوصم ثانياً، ويؤثر العقم سلبياً على العلاقات مع الأسرة الموجهة وعلى علاقات الزوجين البينية.

وصرح غالبة المبحوثين بأنّ الكلفة الاقتصادية والنفسية والصحية لعلاج العقم بالتقنيات المساعدة على الإنجاب مرتفعة جداً، ولكن القيمة الاجتماعية للإنجاب تفوق هذه الكلفة وتحقيقها هو الدافع الأساسي وراء السعي للعلاج. وترى غالبية النساء أنّ تحقيق دور الأم مهم لمكانة المرأة، والعقم يعني تقصيرها في الدور المفروض عليها في المجتمع الأردني، كما أنّ الزوجة تتحمل العبء الأكبر المترتب على العقم و/أو علاجه، ويهدف الرجال إلى تحقيق دورهم المناط بهم كرجال وكمتزوجين من خلال العلاج، كما يحاولون الحصول على مكانة اجتماعية وسلطة يحصل عليها الأب في مجتمعنا. وانتهت الدراسة إلى عدد من التوصيات تقضي بإجراء المزيد من الدراسات للحصول على معلومات أكثر شمولا ودقة، وتوجهت للجانب الحكومي للقيام بعدد من الإجراءات حتى يغطي القطاع الصحي علاج العقم والوقاية والتوعية وذلك بمساعدة وسائل الإعلام المختلفة.

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

مقدمة

١-١. مشكلة الدراسة و تساؤلاتها

١-٢. أهمية الدراسة

١-٣. أهداف الدراسة

١-٤. الدراسات السابقة

مقدمة

الإنجاب هو حق أساسي من حقوق الإنسان مضمون في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان حسب البند الأول من الفقرة السادسة عشرة التي تقول بأنّ: "الرجل والمرأة متى بلغا سن الزواج يملكان حق الزواج وتشكيل الأسرة"[1] وتكرر تأكيد هذا الحق في الفصل السابع عن الصحة والحقوق الإنجابية في برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤م[2]. و الرغبة في الإنجاب هي رغبة موجودة مع الإنسان منذ فجر التاريخ من أجل ضمان بقاء الجماعات البشرية خاصة تلك التي تواجه معدلات مرضية ووفيات عالية، وقد يشعر الإنسان بالإحباط إذا عجز عن إشباع هذه الرغبة.

وتُعرّف منظمة الصحة العالمية (WHO) العقم بأنّه عدم حدوث حمل عند الزوجين بعد مرور سنة كاملة على الجماع غير المحمي بمعدل مرتين في الأسبوع. وفي الماضي كان الأزواج المصابون بالعقم (infertility) يستقبلون وضعهم كحالة لا علاج لها، ممّا يشكل عبئا اجتماعياً واقتصادياً ونفسياً عليهم، ولكن نتيجة للتقدم الطبي تم إيجاد وسائل وطرق لعلاج العديد من حالات العقم ويطلق على هذه الوسائل والطرق مجتمعة تقنيات المساعدة على الإنجاب Assisted Reproductive Technology (ART).

وشهد عام ١٩٧٨م ولادة لويز براون في بريطانيا أول طفل يتم الحمل به بمساعدة التقنيات المساعدة على الإنجاب في العالم، على يد الطبيب روبرت ج. إدواردز، ومنذ ذلك الحين انتشرت تقنية الحقن المجهري (In Vitro Fertilization IVF) حول العالم. ويعاني من العقم اليوم سبعون مليون شخص، غالبيتهم يعيشون في البلدان النامية (Omblet, et al., 2008). أمّا في الوطن العربي فتقدر نسبة انتشار العقم بحوالي ١٠-١٥% (Serour,2008)، الأمر الذي يبرر ازدهار عمليات الإخصاب بالأنابيب في المنطقة، إذ تنتشر مئات العيادات والمراكز المتخصصة في هذه التكنولوجيا؛ ففي لبنان توجد خمس عشرة وحدة للإخصاب، وفي مصر ستين وحدة للإخصاب، وأصبحت التقنيات المساعدة على الإنجاب جزءًا من الحياة اليومية في الشرق الأوسط، فهنالك الآلاف من الأزواج العقيمين من المغرب إلى إيران يلجأون إلى هذه التكنولوجيا الحديثة لتحصيل الذرية الغالية (Inhorn, 2006).

---

[1]http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#a16

[2] http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/eng694.html.

ويظهر أنّ المساعدة على الإنجاب ظاهرة عالمية وأنّ التقنية التي توفر هذه المساعدة تنتشر يومياً في بقاع العالم، وتتضمن التقنيات المساعدة على الإنجاب تجمعات موحدة عالميا من المواد والتطبيقات والممارسات، ولكن ذلك لا يعني أنها تتموضع في كل المجتمعات بالطريقة نفسها، بل على العكس تتطبع التقنيات المساعدة على الإنجاب بالظروف المحلية للممارسة؛ أي أنها تتأثر بالمجتمعات التي تصل إليها وذلك تبعاً لثقافة المجتمع والمحتوى الاجتماعي لهذه المجتمعات ومواقفها نحو هذه التقنيات.

ويُعدّ علاج العقم أمرًا ذا أهمية خاصة في الشرق الأوسط؛ إذ ترتبط القدرة على الإنجاب فيه برجولة الرجل ومكانته في المجتمع، أمّا المرأة فترتبط قدرتها على الإنجاب بدورها كزوجة وكأم وبكرامتها في بيتها ومجتمعها وبشعورها بالأمان بتناقص فرص طلاقها، وهنا يجد الأزواج الذين لم ينجبوا بعد في التقنيات المساعدة على الإنجاب حلًّا لمعضلة الوسم التي يتعرضون إليها. والأردن ليس حديث العهد في علاج العقم حيث شهد الأول من أيار لعام ١٩٨٧ ولادة أول طفل أردني نتيجة لتقنية الحقن المجهري على يد الدكتور زيد الكيلاني[١] الذي يعد رائداً في مجال علاج العقم في الأردن والمنطقة ، كما يوجد في العاصمة فقط سبعة عشر مستشفى يحتوي على وحدة إخصاب صناعي[٢].

١-١ مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

تكمن مشكلة هذه الدراسة في التعرف على مدى انتشار التقنيات المساعدة على الإنجاب في المجتمع الأردني، والتعرف على تجربة الزوجين مع هذه التقنيات في محيطهم الاجتماعي؛ أي التعرف على مواقف الأزواج في مجتمعهم المحيط والدوافع[٣] الاجتماعية للزوجين في خوض هذه التجربة. وحاولت الدراسة الإجابة عن التساؤلات الآتية:

١. هل تتجه مختلف الشرائح الاجتماعية الأردنية إلى التقنيات المساعدة على الإنجاب ARTs؟
٢. هل توجد ضغوط اجتماعية على الزوجين العقيمين نحو العلاج حتى وإن كانت العملية مكلفة جسدياً ونفسياً واقتصادياً وفرص نجاحها ضئيلة؟
٣. هل ترتبط عملية الاستعانة بالتقنيات المساعدة على الإنجاب بالسرية والوسم الاجتماعي؟
٤. هل يوجد فروق جندرية في تجربة العقم وعلاجه؟

---

[١] http://www.farah-hospital.org/history.php

[٢] دراسة بالاستعانة بالهاتف قامت بها الباحثة.

[٣] الدافع (Motive) مصطلح عام يعرّف الأرضية المشتركة للحاجة والإدراك والعاطفة في ظل العوامل الخارجية، وبفسر الدافع اختيار مسار الفعل، ويبرر الدافع الاختلاف في درجة أو شدة الفعل من شخص إلى آخر (Reeve, 1997)

١-٢ أهمية الدراسة

يُعدّ المجتمع الأردني من المجتمعات التي تشجع أفرادها على الدخول في مؤسسة الزواج نتيجة للقيم الموجودة في الثقافة العربية الإسلامية التي تسود المجتمع الأردني، وهي قيم موجهة ودافعة نحو الزواج والإنجاب من أجل تشكيل أسرة جديدة في المجتمع، غير أنه وبعد انقضاء فترة معينة من الزواج دون حدوث حمل وبسبب ارتباط مكانة الرجل والمرأة في المجتمع بالقدرة على الإنجاب قد يلجأ الزوجان إلى التقنيات المساعدة على الإنجاب كحل للمشكلة، والدراسة الحالية هي محاولة لفهم التجربة التي يمر بها الزوجان في تعاملهما مع التقنيات المساعدة على الإنجاب، وإدراك الضغوط المجتمعية والدوافع الاجتماعية وراء لجوئهما إلى هذه التقنيات، ولذا تتمثل أهمية الدراسة في ما يأتي:

١. التعرف إلى مدى انتشار التقنيات المساعدة على الإنجاب في المجتمع الأردني.
٢. تعالج الدراسة ندرة الدراسات الاجتماعية العربية التي تتناول العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب.
٣. يمكن أن تساعد الدراسة في الكشف عن تأثير الثقافة العربية على الدوافع الاجتماعية وراء لجوء الأزواج إلى تقنية الحقن المجهري IVF.

١-٣ أهداف الدراسة

١. التعرف إلى الدوافع الاجتماعية، ومدى وجود ضغوط مجتمعية وراء اللجوء للتقنيات المساعدة على الإنجاب.
٢. الكشف عن الفروق الجندرية في تجربة الزوجين في التعامل مع التقنيات المساعدة على الإنجاب وأسباب العقم عندهما.
٣. الكشف عن مدى توجه الأردنيين بكافة المستويات إلى علاج العقم بالتقنيات المساعدة على الأنجاب.

١-٤ الدراسات السابقة

إن استقدام تقنية جديدة ومتطورة في المجتمع لابد أن يُحدث تغييرات فيه و يؤثر على أفراده، وبالنظر إلى التقنيات المساعدة على الإنجاب وخصوصاً تقنية الإخصاب الصناعي، فإنّه توجد العديد من الدراسات التي تناولت جوانب هذه التقنية الطبية والقانونية والنفسية والدينية

والأخلاقية والاجتماعية؛ لأنّ التقنيات المساعدة على الإنجاب هي تقنيات مهمة وعلى تماس مباشر مع وجود واستمرارية ونجاح الخلية الأساسية في المجتمع "الأسرة".

تناولت عدد من الدراسات الجانب الاجتماعي للتقنيات المساعدة على الإنجاب؛ فقد عملت دراسة Koirala (2007) على تحليل المجتمع النيبالي الذي يتصف بكونه مجتمعًا تقليديًا ذا ثقافة مشجعة على الإنجاب، فالإنجاب يعد من العناصر الهامة جدًّا في سعادة الأسرة واستمراريتها، والمجتمع النيبالي مجتمع زراعي إذ إنّ ٧٩% من المجتمع يعمل في القطاع الزراعي، ممّا يرفع من قيمة الأطفال الذين يعدون من القوى العاملة في الأسرة، وناقشت تلك الدراسة العوامل التي تفسر انتشار التقنيات المساعدة على الإنجاب في المجتمع النيبالي وإقبال الأزواج المصابين العقم على هذه التقنيات، توصلت الدراسة ذاتها إلى عدة نتائج من أهمها: أنّ العقم وعلاجه يتسم في مجتمع تقليدي مثل النيبال بنوع من الوسم والسرية حتى في وقتنا الحاضر.

وفي دراسة قامت بها BRAFF (2010) استنتجت أنّ مواقف المجتمع المكسيكي نحو التقنيات المساعدة على الإنجاب هي إيجابية، وأنّ الأزواج الذين يعانون من العقم يلجئون إلى هذه التقنيات بشكل أكبر حاليا للمساعدة على الحمل، ذلك أنّ تحقيق الذات للرجل كزوج وللمرأة كزوجة لن يتم دون الإنجاب، ويعدّ المجتمع المكسيكي مجتمعاً فريداً لدراسة المواقف نحو التقنيات المساعدة على الإنجاب، فالمجتمع المكسيكي عانى صراعًا طويلًا من معدلات الخصوبة العالية التي بلغت ٧,٣ مولودًا للمرأة في الستينات، وعلى الرغم من انخفاض معدلات الخصوبة إلى ٢,٢ مولود في الوقت الحالي والجهود الحكومية للمحافظة على هذا الانخفاض - الأمر الذي يفسر غياب تشريعات تنظم هذه التقنيات في المجتمع- إلا أنّ الوعي بالعقم وتقنيات علاجه قد وجد طريقه للرأي العام عن طريق وسائل الإعلام وأصبحت التقنيات المساعدة على الإنجاب متوافرة بشكل أكبر في المجتمع المكسيكي.

أمّا الدراسة التي قام بها Cohen, et al.(2005) فقد ناقشت انتشار التقنيات المساعدة على الإنجاب في عدد من الدول (فرنسا، أستراليا، الولايات المتحدة الأمريكية ،السويد)، في ظل أنّ هذه التقنيات تشكل علاج للعوامل المسببة لعقم الذكور والإناث وتمثل خيارا عقلانيا للساعين وراء تشكيل أسرهم الخاصة، وتوصلت هذه الدراسة إلى أنّ الأستراليين يتفهمون التقنيات المساعدة على الإنجاب بصورة إيجابية. ففي استطلاع للرأي في الفترة الواقعة بين ١٩٨١-١٩٩٤ وجد أنّ(٧١%) من الأستراليين يؤيدون علاج العقم من خلال هذه التقنيات، في حين أنّ(١٢%) رفضوا هذه التقنيات، و(١٧%) ليس لديهم أيّ رأي في الموضوع ، ووجدت الدراسة أنّ الإجماع على التقنيات لن يكون ١٠٠% أبداً نتيجة لحتمية وجود مجموعات فرعية لن توافق على التقنيات المساعدة على الإنجاب لأسباب دينية أو أيديولوجية أو ثقافية أو غيرها.

وركزت بعض الدراسات على الجانب الديني وكونه عاملًا مؤثرًا في مواقف المجتمع نحو التقنيات المساعدة على الإنجاب، ومن هذه الدراسات الدراسة التي قام بها Tappan (2011) والذي درس هذه التقنيات داخل المجتمع الإيراني، وناقش أن كون الدولة الإيرانية دولة دينية يعدّ عامل مؤثر في إدراك الأزواج المصابين بالعقم للتقنيات المساعدة على الإنجاب، كما أنّ الثقافة الفارسية للمجتمع الإيراني قد تؤدي إلى تكوين فهم مختلف لدى الإيرانيين حول هذه التقنيات عنه في الدول الشرق الأوسطية الأخرى ومنها العربية، وتوصلت الدراسة إلى أنّ المجتمع الإيراني كغيره من المجتمعات النامية مجتمع يشجع على الإنجاب لذلك نجد فيه انتشارًا كبيرًا لعيادات التقنيات المساعدة على الإنجاب لتصل إلى أكثر من خمسين عيادة.

وفي دراسة قام بها Akorede (2007) وجد أنّ المجتمع النيجيري يعتبر القدرة على الإنجاب من العوامل الداعمة للمكانة الاجتماعية، وفي المقابل فالعقم أو النقص في هذه القدرة يضع وصمة (stigma) اجتماعية على الزوجين، وناقشت الدراسة النظرة الإيجابية في المجتمع النيجيري نحو التقنيات المساعدة على الإنجاب، ونتيجة لزيادة الوعي بالتقنيات المساعدة على الإنجاب بدأت عيادات علاج العقم بالتواجد في نيجيريا وبشكل تدريجي، ذلك أنّ هذه التقنيات مكلفة اقتصادياً والمجتمع النيجيري مجتمع فقير كالعديد من مجتمعات القارة السوداء.

كما بحثت Inhorn (2002) في كتابها "Infertility Around The Globe" عن كيفية قولبة التقنيات المساعدة على الإنجاب لتتناسب مع ثقافة المجتمع الذي تتواجد فيه، كما تحلل في فصل "The Local Confronts The Global" المجتمع المصري وتجربته مع هذه التقنيات، فالمجتمع المصري أول مجتمع مسلم يتبنى سياسة رسمية لتنظيم الأسرة، وهو مجتمع يتصف بكونه مجتمعًا فقيرًا ويرتفع سعر هذه التقنيات فيه، وعلى الرغم من ذلك وجدت Inhorn أن هنالك إقبال من الأزواج المصريين العقيمين على المراكز والعيادات لعلاج العقم والتي تعاني من الاكتظاظ الدائم، كما وجدت الدراسة أن تجربة الأزواج المصريين مع التقنيات المساعدة على الإنجاب تتصف بالسرية خوفاً من الوسم بالخروج عن الطبيعية أو حتى خوفاً من الحسد في حالة حدوث الحمل.

وتناول Rooij, et al.,(2004) مجموعة من المهاجرين المسلمين من الشرق الأوسط واعتقاداتهم الاجتماعية والثقافية حول علاج العقم من خلال التقنيات المساعدة على الإنجاب، وبحثت هذه الدراسة في طبيعة الثقافة في الشرق الأوسط المسلم لتجد بأنّها ثقافة تشجع على الإنجاب وترفض نمط حياة الزوجين دون الأطفال، فالزوجان يتعرضان لضغط اجتماعي باتجاه الإنجاب لاستمرار خط العائلة، وذهبت الدراسة إلى أنّ المعتقدات الاجتماعية والثقافية في هذه المجتمعات تشكّل عبئًا كبيرًا في تجربة علاج العقم على الزوجة، كما أنّ الزوجة ملامة على العقم

في جميع الأحوال، في حين تتصف تجربة الزوج في علاج العقم بالسرية، لأنّ عدم قدرته على الإنجاب تشكك في كينونته كرجل، وتنقص من أدائه الكامل لدوره كذكر ورجل في المجتمع.

وتتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بما يلي:

- تحلل هذه الدراسة الأبعاد الاجتماعية لعملية علاج العقم عن طريق التقنيات المساعدة على الإنجاب، في حين أنّ العديد من الدراسات ركزت على الأبعاد الاقتصادية والنفسية والقانونية مع التطرق الهامشي للجانب الاجتماعي.

- تناقش الدراسة تجربة اللجوء إلى التقنيات الحديثة المساعدة على الإنجاب في محيط اجتماعي وثقافي عربي؛ الأمر الذي يعد نادراً في الدراسات العربية، وذلك بعكس وفرة الدراسات في الأدب العلمي الأجنبي.

الفصل الثاني: المدخل المعرفي النظري

مقدمة

٢-١. العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب

٢-١-١. العقم

٢-١-٢. التقنيات المساعدة على الإنجاب

٢-٢. الأبعاد المعرفية لمشكلة الدراسة

٢-٢-١. البعد الثقافي الاجتماعي

٢-٢-٢. البعد الاقتصادي

٢-٢-٣. البعد الديني

٢-٣. الإطار النظري

٢-٣-١. نظرية الدور

٢-٣-٢. نظرية قيمة الأطفال

مقدمة

يعدُّ الإنجاب للحصول على طفل من الرغبات الأساسية التي سعى ويسعى الإنسان لتحقيقها أثناء حياته، فعندما يتزوج الإنسان يتوقع أنّ يرزق بمولود أو أكثر، فللأطفال قيمة في مختلف المجتمعات تقوم على أسباب اجتماعية واقتصادية ونفسية وعاطفية وغيرها، ولكن قد يواجه الزوجان صعوبة في الإنجاب فيحاولان تجاوزها بأي وسيلة بما في ذلك العلاج الطبي الذي شهد في العقود الماضية تقدماً كبيراً في مجال علاج العقم.

والمساعدة على الإنجاب ظاهرة عالمية موجودة في المجتمعات الإنسانية كلّها، ولكن ذلك لا يعني أنّ التعامل معها واحد وأنّ الدوافع وراء اللجوء إليها واحدةٌ أيضاً، فتجربة العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب محكومة اجتماعياً وثقافياً ودينياً بالمجتمع الذي تتواجد فيه، ودراسة هذه التجربة في المجتمعات النامية وبخاصة في المجتمعات العربية يعدُّ مثيرا للاهتمام وخاصّة أنّ هذه المجتمعات تضع قيمة عالية للخصوبة. كما تخضع مسألة العقم لنقاشات عديدة في الرأي العام في العالم المتقدم ربما لأنّها تشهد معدلات نمو سكاني متدنٍ، في حين لا تعتبر ذات أهمية في المجتمعات النامية، خاصة في السياسات الصحيّة، حيث تعدُّ الأولوية لخفض مستويات الخصوبة في مجتمعات تعاني أساساً من الاكتظاظ السكاني (Sundby,2002)، فموضوع العقم وعلاجه موضوعٌ هامشيٌ في الأجندة الحكومية للدول النامية ولكنّه في قمة الأولويات في حياة الأزواج الذين يعانون منه (Vayena, et al.,2001). أمّا المجتمع الأردني، فهو مجتمع أبوي ذكوري تعدّ الثقافة العربية الإسلامية المؤثر الأكبر في تشكيل النظام القيمي والقناعات الشخصية واتجاهات الأفراد فيه.

و تبحث الدراسة في التجربة الاجتماعية لعلاج العقم من وجهة نظر الأزواج ودوافعهم الاجتماعية للسعي إلى التدخل الطبي، وقد تكون هذه الدوافع ضغوطاً اجتماعية، أو محاولةً لتحقيق الدور، أو ضغوط الأسرة الممتدة، أو ضغوطًا مجتمعيّة أخرى. ويمكن القول إنّ هنالك عاملا نفسياً ذاتياً أو عاملاً نفعياً اقتصادياً أو حتى عاملاً دينياً وراء محاولة الأزواج علاجَ العقم أو عوامل أخرى، ولكن المحتوى الاجتماعي الثقافي الذي قد يعد هامشيا نسبيا في المجتمعات الغربية ،التي تتسم بالفردية، ربما يُعدّ عاملاً محورياً في تجربة الأزواج في المجتمعات الشرقية التي تتسم بالجماعية، خاصةً في مجتمعات قد لا ينفصل الفرد فيها عن أسرته الممتدة حتى بعد زواجه كما هو الحال في معظم المجتمعات العربية.

٢-١. العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب

٢-١-١. العقم

في مجتمع من الإناث اللواتي لا يستخدمن مانعا للحمل، فإنّ ٢٥% منهن سوف يحملن في الشهر الأول من الزواج، و ٦٣% منهنّ سيحملن في الستة شهور الأولى و ٨٥-٩٠% سوف يحملن في نهاية السنة الأولى (Gerrity, 2001). ولكن إذا تأخر الإنجاب لفترة زمنية معينة قد يكون أحد الزوجين أو كلاهما مصابا بالعقم. ويُعرّف العقم لغوياً بأنّه حالة تحول دون التناسل في الذكر أو الأنثى، وفي التنزيل العزيز قال تعالى:" ويجعلُ منْ يشاءُ عقيمًا"[٤]، وفي المعجم الوسيط يقال: ريح عقيم؛ أي لم تأت بمطر (مصطفى، ١٩٧٢). ويُعالج العقم في حال التعامل مع الخلل المعروف سببه. ويخلط الكثيرون بين العقم والعقر مع الفارق الكبير بينهما؛ فالقولُ (عقرت) المرأة والرجل؛ أي لم يلدا، والقول رجل عاقر؛ أي لم يولد له ولد، والعاقر هي المرأة التي لا تحمل وقيل لا تلد.(الشرتوني، ١٨٨٩).

ويُعرّف العقم (Infertility) اصطلاحاً بأنّه الفشل في تحقيق الحمل بعد اثني عشر شهراً أو أكثر من العلاقات الجنسية غير المحمية بين الزوجين (Soares, et al.,2012)، أو هو نقص غير إرادي في القدرة على إنجاب الأطفال. أمّا العقر (sterility) فيعرف اصطلاحاً بأنّه العجز التام عن التناسل (النظامي، ٢٠٠٠).

وهنالك تقديرات مختلفة عن انتشار العقم فقد يصيب العقم ٨-٣٢%من السكان في دول العالم المختلفة (Tahtamouni, 2000)، ووفقا لبيانات منظمة الصحة العالمية يصبح العقم مشكلة صحية رسمية عندما يتجاوز انتشاره نسبة ١٥% من الأزواج (Philippove, et al.,1998)، ويوجد في أقل تقدير ٤٠٠ مليون شخص مصابين بالعقم حول العالم (Rowe and Farely, 1988). ونسبة انتشار العقم في المجتمعات العربية النامية بشكل عام غير معروفة بدقة، وذلك نتيجة وجود نقص في الإحصاءات والدراسات الجادة حول العقم (Ombelet, et al.,2008).

ويصنّف العقم إلى نوعين: عقم أولي (primary infertility) وهو عدم حدوث حمل من قبل، وعقم ثانوي (secondary infertility) وهو حدوث حمل لمرة واحدة ولم يتكرر مرة أخرى (Sundby, 2002).

---

[٤] سورة الشورى آية رقم ٥٠.

وهناك أسباب عديدة للعقم أكثرُها شيوعاً بين النساء وجودُ مشاكل في عملية الإباضة، وتنتج هذه المشاكل بسبب وجود خلل هرموني أو زيادة في الوزن أو نقصانه، ومن أسباب عقم النساء أيضا عدم تشكل بطانة رحم كافية لدعم الحمل أو وجود انسداد في قناتي فالوب. أمّا أكثر أسباب العقم عند الرجال شيوعا فهو وجود خلل في السائل المنوي سواء أكان نقص في الكمية أو في الحركة (American College, 2011). وقد لوحظ تزايد في عدد مراجعي عيادات علاج العقم في الآونة الأخيرة، لأسباب منها؛ تأخر سن الزواج، و زيادة التدخين، وزيادة استخدام موانع الحمل (رجب، ٢٠٠٤).

ومن الجدير ذكره أنّ أسباب العقم التي يتحكم بها الإنسان تتنوع بتنوع المجتمعات، فقد ذكر تقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٥ أنّ ١٠٠-١٤٠ مليون فتاة في أفريقيا ومناطق معينة في الشرق الأوسط تم ختانهن، وهو إجراء يرتبط بعدة مضاعفات من بينها العقم (Sharma, et al.,2009)، كما وينتشر العقم لدى الرجال بشكل أكبر في الشرق الأوسط والعالم العربي (Inhorn,2004) للأسباب الآتية:

١. يؤدي انتشار الزواج الداخلي(زواج الأقارب) واعتباره نمطًا محببًا في المنطقة إلى زيادة إصابة الرجل بالعقم في حال وجود العوامل الجينية للعقم.
٢. يؤثر استهلاك كميات كبيرة من الكفايين والتبغ عن طريق التدخين والنارجيلة المنتشر في المنطقة بشكل سلبي على خصوبة الرجل.

أمَا في المجتمع الأردني فلا توجد بيانات دقيقة لنسبة انتشار العقم في المجتمع ولكن يذكر مسح السكان والصحة في الأردن لعام ٢٠٠٩ أنّ ٦،٢% من النساء المتزوجات حالياً في الفئة العمرية من ٤٥إلى٤٩ سنة - أي في نهاية مرحلة النشاط الإنجابي - ليس لديهن أطفال، والذي يعدّ مؤشراً على نسبة انتشار العقم في المجتمع الأردني نتيجة لعدم وجود العقم الاختياري في الغالب.

٢-١-٢. التقنيات المساعدة على الإنجاب

تتوافر التقنيات المساعدة على الإنجاب في كل زاوية من زوايا الكرة الأرضية لتصل إلى الشرق الأوسط، إذ يتجه الآلاف من الأزواج العقيمين من المغرب و إيران إلى عيادات علاج العقم لتحقيق الحمل و الإنجاب (Inhorn, 2006). أمّا عن التقنيات وماهيتها فيُعرّف مركز مراقبة ومنع الأمراض الأمريكي (CDC) في تقريره السنوي لعام ١٩٩٧ التقنيات المساعدة على الإنجاب (Harwood, 2003) بأنّها " جميع طرق العلاج أو الإجراءات التي تتضمن الاستخراج الجراحي للبويضات من مبايض المرأة ومزجها مع السائل المنوي لمساعدة المرأة على الحمل،

ومن أنواع التقنيات المساعدة على الإنجاب: الحقن المجهري IVF، نقل الجاميتات إلى قنوات فالوب (GIFT)، نقل الزيجوت إلى قنوات فالوب (ZIFT) "[١]. ويذكر التقرير ذاته أنّه يتم في جميع التقنيات تحفيز مبايض المرأة لنضوج عدة بويضات في الوقت نفسه، ويتم إعداد رحم المرأة للحمل بوجود مخزون من الأستروجين[٥]، علما بأنّ غالبية الأزواج يتم علاجهم بتقنية الحقن المجهري.

ومِن التقنيات الحديثة المساعدة على الإنجاب تقنية الحقن المجهري المتناهي الدقة (Intracytoplasmic Sperm Injection) أو كما هي معروفة اختصارا (ICSI)، ويتم فيها حقن البويضة بحيوان منوي واحد، كما تستخدم في حالات العقم الذكوري الحاد (Hodder,1997)، علماً بأنّ نسبة نجاح التقنيات المساعدة على الإنجاب تتراوح من ٢٠% إلى ٢٥% ولادة حية لكل دورة إخصاب صناعي حتى عمر ٣٤ سنة للمرأة، (Inhon, 2002) حيث تبدأ بعد هذا العمر الخصوبة بالانخفاض (World Health Organization, 2002).

وواحدة من استخدامات التقنيات المساعدة على الإنجاب هي عملية اختيار جنس الجنين وذلك باستخدام فحص (PGD) أو(Preimplantation genetic diagnosis) ، وغالباً ما يتم اختيار الجنين ذكراً، وذلك لأسباب ثقافية، ومن الجدير ذكره أنّ هدف فحص PGD منذ بدايات استخدامه هو تَفادي الأمراض المرتبطة بجنس معين، ولكن ذلك لا يمنع من استثماره لتحقيق غايات أخرى (Serour, 2001).

٢-٢. الأبعاد المعرفية لمشكلة الدراسة

في محاولة فهم الأبعاد والمواقف والدوافع الاجتماعية في تجربة علاج العقم بالتقنيات المساعدة على الإنجاب لا يمكن اقتصار البحث حول الظروف الاجتماعية فقط بل يجب أنّ يشمل عوامل متعددة والتي تساهم غالباً في تكوين الاتجاه أو الدافع أو الاعتقاد (الدقس، ٢٠٠٥)، فالبناء الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي يعتمدان على عوامل مختلفة ثقافية واقتصادية واجتماعية وسياسية، ولا يمكن تفسير الحدث الاجتماعي بمعزل عن محتواه المتعدد العوامل، وعن العلاقة الجدلية بين هذه العوامل، فحصرُ التحليلِ الاجتماعي على العامل الاجتماعي الثقافي، على الرغم من أهميته في ظل تنوع الثقافات والحضارات، يؤدي إلى قصور في فهم واستنبطان لِلمعنى.

---

[1] Centers for Disease Control and Prevention.1997. Assisted Reproductive Technology Success Rates: National Summary and Fertility Reports, 383.This public document is known as the "ART Report" and is published annually by the CDC in collaboration with ASRM, SART and Resolve.

[٢]جميع تقارير التقنيات المساعدة على الإنجاب (ART Report) للسنوات السابقة والحالية موجودة على موقع مركز(CDC) الإلكتروني.

ويوجد لاستخدام أي تقنية في مجتمع خارج مجتمعها اعتبارات، اجتماعية، ثقافية، أخلاقية، اقتصادية، تكنولوجية، خاصة بالمجتمع المستورد، اعتبارات قد تؤدي إلى انتشار التقنية واتساع نطاق استخدامها، أو قد يؤدي التعارض بين الاعتبارات المذكورة والتقنية الوافدة إلى الحد من تواجدها في المجتمع، وهو ما ينطبق على التقنيات المساعدة على الإنجاب، وحتى نصل إلى فهم أعمق لتفاعل الأزواج العقيمين مع التقنيات لابد من التعرف على الأبعاد المعرفية لمشكلة البحث؛ وتتمثّل في البعد الثقافي الاجتماعي، والبعد الاقتصادي، والبعد الديني.

٢-٢-١ البعد الثقافي الاجتماعي

تُعد مسألة الإنجاب أو الخصوبة مسألة خاصة بالأسرة، والتي تعتبر مسألة ذات حساسية وخاصة في المجتمعات العربية، فتجربة علاج العقم في المجتمعات النامية تتصف بحساسية تزيد عنها في المجتمعات المتقدمة التي تعتبر العقم مشكلة عادية كأي مشكلة صحية أخرى (Inhorn, 2002). كما يُلاحظ التأثير الثقافي على البحث الأكاديمي العلمي، فنجد أنّ دراسات العقم في المجتمعات النامية تأخذ المحتوى الاجتماعي الثقافي بعين الاعتبار وتعامله كمؤثر هام في الدراسة في حين أنّ دراسات العقم في المجتمعات الغربية المتقدمة تركز على الجوانب الطبية والأخلاقية والنفسية، وتتطرق بشكل هامشي للمحتوى الاجتماعي الثقافي (Greil, et al.,2010)، وربما تبرر هذه الحساسية بأنّ مجتمعات الشرق الأوسط تضع قيمة عالية للإنجاب وللأطفال وللنسب (Serour, 2001).

يتصف علاج العقم بالسرية بالإضافة إلى الحساسية في المجتمعات النامية إلى درجة أنّ البعض لا يفصحون أبدا عن عقمهم أو علاجهم حتى لأقرب الأقارب، وتفيد العديد من الدراسات أنّ الاتجاهات العامة نحو العقم ونحو محاولة علاجه على أنه وصمة[٦] اجتماعية كبيرة للزوجين (Sundby, 2002)، الأمر الذي يبرر إصرار بعض الأزواج الذين تعالجوا من العقم على أنّ الحمل قد حصل بطريقة طبيعية إلا داخل أضيق الدوائر من أقارب العائلة، كما لوحظ أنّ الأزواج قلقون باستمرار بشأن مسألة السرية بين الطبيب والمريض، خوفا من تعرضهم أو

[٦] الوصمة الاجتماعي(Social Stigma) عملية تبدأ بتصنيف ووضع علامة على الوضع أو السلوك المنحرف أو غير الطبيعي اجتماعيا، وعملية التصنيف عادة ما يكون لها آثار سلبية على عاطفة وفكر وسلوك الشخص الموصوم. وتعدّ السرية بعداً هاما للوصم، حيث يحاول الشخص الموصوم عادة إخفاء وضعه غير الطبيعي، ويؤثر هذا الإخفاء والسرية على العلاقات والتفاعلات الاجتماعية . (Johns, Et al., 1984)

تعرض أبنائهم "أطفال الأنابيب" من سخرية الآخرين في حال معرفة طريقة الإخصاب والحمل (Inhorn, 2002).

ويتحول العقم وعلاجه في المجتمع العربي من مشكلة فردية إلى معاناة علنية وتبعات قاسية اجتماعياً لأن المجتمع العربي يتصف بكونه مجتمع تغلب على العلاقات الاجتماعية فيه صفة الشخصانية والأولية، وذلك لدرجة التي يشكو فيها بعض العرب من شدة الاندماج الأسري والعائلي في أوطانهم (بركات، ١٩٨٤).

وفي نفس السياق تتنوع في المجتمعات المختلفة ردة الفعل تجاه العقم، التي تتراوح من الوسم الاجتماعي، واللوم، والعزل الاجتماعي، وتهميش المكانة الاجتماعية إلى العنف الجسدي، واللفظي، والنفسي أو حتى القتل في المجتمعات البدائية مثل بعض القبائل الإفريقية (إيريتييه، ٢٠٠٣)، (World Health Organization, 2002).

وتسارع المجتمعات العربية الأبوية الذكورية إلى لوم المرأة أكثَرَ من لَوْمِ الرجل إذا انخرطت في زواج غير مثمر (حالة سكان العالم،٢٠١١)، وعلى العكس مِن ذلك فإنّ الرجل نادراً ما يتحمل اللوم على العقم؛ فبعض الرجال العرب يرفضون إجراء فحوصات مخبرية، علماً بأنّ فحوصات الرجل لاكتشاف العقم أسهل من فحوصات المرأة، في حين لا يصدق الآخرون النتائج السلبية ويحاولون إخفاءَها عن زوجاتهم، أمّا البعض الآخر فيطلب من زوجته تحمل المسؤولية واللوم رغم أنّ العقم نتيجة لعامل ذكري خوفاً على مكانته في المجتمع (Inhorn, 2003).

وتخلو الثقافة العربية من مفهوم الزواج الخالي من الأطفال بشكل طوعي، ممّا يزيد من ضرورة إخفاء العقم ولكنه أيضا يزيد من صعوبة إخفائِهِ الذي يكون عادة وضعاً إجبارياً وليس اختيارياً (Dyer, et al.,2005)، كما ترفع الثقافة العربية من مكانة المرأة المنجب وتدعو لتطليق العاقر (العواودة،٢٠٠٢)، فدور الزوجة والشريكة هو دور ثانوي مقارنة بدورها الأساسي كأم (حركة، ١٩٨٩)، إذ ساد في أنحاء المشرق العربي أنّ العائلات المتفوقة اقتصادياً واجتماعياً هي العائلات التي تضم العدد الأكبر من الأفراد وخاصة الذكور منهم، وذلك نتيجة للعمل في القطاع الزراعي آنذاك (العواودة، ٢٠٠٢).

وتتأثر الثقافة الأردنية الحضرية بالثقافة الريفية والثقافة البدوية، لأنّ معظم سكان المدن هم من الذين هاجروا على شكل أسر من الريف أو البادية، ويتبنون ثقافة تقليدية نسبياً تشجع على كثرة الإنجاب (كرادشة، ٢٠٠٧). وقد حدثتْ تغييرات عديدة في المجتمع الأردني نتيجة للتحضر والتصنيع ولكن القيم العصرية كالتعليم والعمل ،على الرغم من أهميتها وتأثيرها الإيجابي على مكانة المرأة في الوقت الحالي، لم تتحول بعد لقيم أساسية مكونة لهوية المرأة الأردنية (سليم،

١٩٩٩). وما زالت الثقافة البدوية تؤثرُ على البيئة الثقافية والحضارية الأردنية، ومن القيم المحببة في الثقافة البدوية الفخر بالنسب، واحترام كبار السن، وإكرام الضيف، والتفاخر بكثرة النسل، وقد يتزوج الرجل بأكثر من امرأة لينجب ويتفاخر بكثرة الأبناء (رمزون وغرايبة، ١٩٩٤).

كما تنظر الثقافة البدوية إلى الفرد العقيم نظرة استخفاف سواء أكانَ رجلاً أمْ امرأةً، ويتمُّ توارث القيم البدوية جيلا بعد جيل، لتخضع للتغير والتطور، ولكنها تبقى مؤشراً ثقافياً وعاملاً موجهاً للإنسان إلى ما هو مرفوض أو مفروض من الأفعال في المجتمع (عبيدات، ١٩٨٧). وينظر المجتمع الأردني بجميع أطيافه إلى الأسرة كمصدر للأفراد الجدد وأنّ هذا التكاثر هو عزوة وجاه للأسرة والعشيرة، لدرجة أنّ الدافع الرئيسي وراء الزواج هو الإنجاب عند أبناء العشائر(التل، ٢٠٠٦)، ممّا يؤكد على التأثير الجلي للبداوة والعشيرة على الثقافة الأردنية المعاصرة (رمزون وغرايبة، ١٩٩٤).

وتوجد ظاهرة تفضيل الذكور في المجتمع الأردني، ومن الجدير بالذكر وجود هذه الظاهرة في المجتمعات العربية (حركة، ١٩٨٩)؛ وذلك نتيجةَ مُحافظةِ هذه المجتمعات على أبنيتها الثقافية والاجتماعية المتوارثة التي تسهم في تكوين نظرتها المفضلة لإنجاب الذكور، فالطفل الذكر حاملٌ لاسم العائلة، ومصدر عزوتها، وهو كذلك المعين لأبيه في عمله، وتبدأ مظاهر تفضيل الذكور منذ الولادة إذ يحتفي به الأهل وبشكل أكبر من الفتاة (بيضون، ٢٠٠٧). ويذكر كرادشة (٢٠٠٧) عددا من القيم المؤكدة على تفضيل إنجاب الذكور منها؛ تفضيل إنجاب الذكور أولا، وإنجاب عدد ذكور أكبر من عدد الإناث، والاستمرارية في الإنجاب حتى إنجاب الذكور.

وفي السياق نفسه يلجأ بعض الأزواج الذين أنجبوا أنثى بطريقة طبيعية أو عن طريق التدخل الطبي إلى فحص اختيار جنس الجنين وإلى عيادات علاج العقم، وذلك في محاولة الحصول على هذا الطفل الذكر المنتظر بفارغ الصبر على الرغم من وجود طفل لدى هؤلاء الأزواج ولكنه ليس من النوع أو الجنس المرغوب فيه.

وفي السياق نفسه يجدر الإشارة إلى أن المجتمع الأردني يخضع للعديد من التغييرات في العصر الحالي نتيجة للثورة التكنولوجية والانفتاح على ثقافة الآخر، والتي تقلل من سطوة المجتمع وثقافته على أفراده الذين يتقبلون قيماً وتقاليداً ويرفضون أخرى ويحاولون تعديل بعضها لتتوافق مع التطورات التي يشهدها المجتمع.

٢-٢-٢ البعد الاقتصادي

من المسلمات المتحققة في كل المجتمعات وعلى مر العصور أنّ البشر مختلفون وغير متساوين في أوضاعهم الاقتصادية، وكل النظم الاقتصادية الرأسمالية والاشتراكية وغيرها لم تستطع تحقيق المساواة والعدالة بين أفرادها في جوانب الحياة كافة بما فيها الجانب الطبي، مّما يؤدي إلى تفاوت في مستوى الرعاية الصحية، وفي درجة توافرها بين مختلف شرائح المرضى (Sundby, 2002).

وتنحصر التقنيات المساعدة على الإنجاب المكلفة مادياً على نخبة المجتمع في الغالب، في حين يجد الفقراء ومتوسطو الدخل صعوبة بالغة في الوصول إلى هذه الخدمات (Inhorn, 2009)، ففي المجتمعات النامية عندما لا يستطيع الأزواج توفير كلفة العلاج فإنهم يحاولون جمع هذه الكلفة بأي طريقة؛ وقد يصل الأمر بالبعض إلى حد بيع ممتلكاتهم من عقارات وأراضٍ (World Health Organization, 2002). وفي المجتمع المصري قد تصل كلفة المحاولة الواحدة من الإخصاب الصناعي إلى ثلاثة آلاف دولار وهو مبلغ كبير حتى بالنسبة للأزواج المقتدرين مادياً، ورغم ذلك فإنّ عيادات العقم في القاهرة والإسكندرية تمتلئ بالمرضى من جميع طبقات المجتمع (Inhorn, 2002).

وتكلّفُ تقنية الحقن المجهري في الشرق الأوسط في المتوسط ألفين وخمسمائة (٢٥٠٠) دولار للمحاولة الواحدة (Serour, 2001)، كما أنّ المقدم الأساسي للخدمة في المنطقة هو عيادات القطاع الخاص في المدن الكبرى مع توافر عدد قليل من العيادات في بعض المستشفيات الحكومية (Shahi, 2007)، ووجد Serour(1991) في مجتمع عربي أنّ (٦٣%) من الأشخاص الذين يحتاجون لعلاج العقم يتوجهون للعيادات المختصة، و(٤٠%) من هؤلاء قادرون على تكرار دورة إخصاب صناعي أخرى في حال عدم نجاح المحاولة الأولى في إثمار حمل.

إنّ كلفةَ التقنيات المساعدة على الإنجاب مرتفعة في كل المجتمعات وليس فقط في الشرق الأوسط، ولكن يكون عبئها أكبر في المجتمعات قليلة الموارد، حيث وجدت دراسة عن خمس وعشرين دولة أنّ متوسط كلفة دورة الإخصاب الصناعي الواحدة يتراوح ما بين ألف وثلاثمائة دولار في إيران وإلى ثلاثة آلاف وستمئة دولار في هونج كونج، وفي جميع تلك الدول تكلف الدورة الواحدة أكثر من نصف معدل دخل الفرد السنوي(Inhorn, 2009)

ويشمل التأمين الصحي العقم في عدد قليل جداً من الدول؛ ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلا يشمل تأمين عدد قليل من الولايات علاج العقم فيها، وهي دولة تعد من أغنى الدول في العالم (Hamilton and Mcmanus, 2012)، وبالمثل فالسواد الأعظم من دول الشرق الأوسط لا

يشمل التأمين الصحي فيها العقم مما يحد من فرص علاجه بين أفراد الطبقات الدنيا وحتى المتوسطة في المجتمع (Inhorn, 2003).

أمّا في الأردن فتقدَر حصة الفرد من الناتج القومي الإجمالي (١٩٤٧) دينار سنويا حسب تقديرات عام ٢٠٠٤ (Walden Publishing, 2006)، و تكلف دورة الإخصاب الواحدة ١٥٠٠ دولار لكل دورة؛ وهو مبلغ كبير بالنسبة للمواطن الأردني، علما بأنّ الكثير من الحالات تتطلب إعادة التجربة، وعلى الرغم من ذلك يوجد ١٦ مركز إخصاب صناعي في الأردن (Serour,2008) بكثافة تبلغ ١,٧٤ مركز لكل مليون شخص، والتي تعد مرتفعة مقارنة بالولايات المتحدة التي يوجد فيها ٣٦٠مركز بكثافة ١,٣١مركز لكل مليون شخص Inhorn, 2009)، وتنتشر عيادات ومراكز علاج العقم في الأردن التابعة للقطاع الخاص بأعداد تفوق وبكثرة العيادات التابعة للقطاع العام؛ حيث توفر أربعة مستشفيات حكومية على الأقل في الأردن خدمة علاج العقم بالإخصاب الصناعي[٧]، الأمر الذي يزيد العبء على المواطن الأردني ولكنه لا يحد من دافعيته للعلاج.

٢-٢-٣. البعد الديني

يُعتبر العالم العربي منبع الديانات السماوية اليهودية والمسيحية والإسلام، وفيه يؤثر الدين بشكل كبير على سلوكيات واتجاهات الأفراد والجماعات (Serour, 2001)، حيث توجد اتجاهات إيجابية نحو الإنجاب في الإسلام والمسيحية، ويشجع الدين الإسلامي على الزواج ويحث على الإنجاب، كما ورد في الحديث النبوي الشريف: (لا يدع أحدكم طلب الولد فإنّ الرجل إذا مات وليس له ولد انقطع اسمه) (السوسي، ٢٠٠٧).

ويهدف الزواج في الديانة المسيحية إلى إنجاب الأولاد وتربيتهم تربية صالحة (بن فليس، ٢٠٠٥)، فقد وردَ في الإنجيل مقاطع تشجع على الإنجاب كما ورد مثلا في سفر التكوين "وباركهم الله وقال لهم أثمروا واكثروا وامتلأوا الأرض وأخضعوها"[٨]. ونهى الرسول - صلى الله عليه وسلم - رجلا من الزواج بامرأة عقيم ، إذْ وردَ عن معقل بن يسار قال: (جاء رجل إلى النبي فقال: إني أصبت امرأة ذات حسب وجمال وإنها لا تلد، أفأتزوجها؟ قال: لا، ثم أتاه الثانية فنهاه ثم أتاه الثالثة فقال: تزوجوا الودود الولود فإني مكاثر بكم) (السوسي، ٢٠٠٧).

وتسمحُ الشريعة الإسلامية للرجل بتطليق المرأة العقيم أو بالزواج بأخرى، وتتيح للمرأة بأنّ تطلب من القاضي التفريق بينها وبين زوجها العقيم ولكن بشروط معينة، ووردت تلك

٧ www.moh.gov.jo

٨ Holy Bible: Genesis 1:28.

الشروط في قانون الأحوال المدنية الأردني في مادة رقم ١٣٦ ونصها "الزوجة القادرة على الإنجاب إن لم يكن لديها ولد ولم تتجاوز الخمسين من عمرها حقَّ طلب فسخ عقد زواجها إذا ثبت بتقرير طبي مؤيد بالشهادة عقم الزوج وقدرة الزوجة على الإنجاب وذلك بعد خمس سنوات من تاريخ دخوله بها" (أبو فارس، ٢٠١٠).

وعلى من الرغم من تشجيع مجتمعات المسلمين والمسيحيين في الشرق الأوسط لعلاج العقم إلا أنّ التقنيات التي تتضمن المساعدة على الحمل قد واجهت ردود فعل غير متسقة واتجاهات متنوعة وذلك في محيط اجتماعي يعتبر النسب مسألة هامة تصل إلى درجة الحياة أو الموت، وقد وضّحت بعض المرجعيات الدينية موقفها مِن التقنيات المساعدة على الإنجاب بعد التساؤلات الكثيرة عن الموقف الديني من مسألة علاج العقم، ومن هذه المرجعيات الأزهر الذي صدر عنه فتوى عام ١٩٨٠م، ومجمع الفقه الإسلامي الذي تناول المسألة في اجتماعه السابع بمكة عام ١٩٨٤م، وكنيسة الإسكندرية التي وضحت موقفها عام ١٩٨٩م، وأباحت جميع المرجعيات المذكورة استخدام التقنيات المساعدة على الإنجاب كعلاج للعقم، ومنعت تدخل طرف ثالث بجميع أشكال التدخل، ممّا أكسب الإجراء الطبي شعبية لدى الأطباء والمرضى وصانعي السياسات، كما أصدرت المرجعيات الدينية بيانات تبنتها وزارات الصحة، لتشكل ضابطاً للإجراءات داخل وحدات التلقيح الصناعي (Serour, 2001).

وتوفر التقنيات المساعدة على الإنجاب إمكانية التبرع بالحيوانات المنوية أو البويضات أو الأمشاج، ولكن هذا التبرع غير مسموح به في الشرق الأوسط (رجب، ٢٠٠٧)، حيث يمنع تواجد أي بويضات أو سائل منوي خارج إطار الزواج الشرعي في المختبر ولا يسمح باللجوء إلى الحمل البديل (Serour, 2001)، فمن الممنوع تدخل طرف ثالث بالإضافة إلى الزوج والزوجة في عملية الإخصاب في جميع الدول الإسلامية باستثناء إيران التي تسمح بذلك دينيا وقانونيا (حالة سكان العالم،٢٠١١).

وتكمن أهمية العامل الديني وخاصة في دول الشرق الأوسط التي تعد مهد الديانات السماوية في أنّ الدين يوجه المجتمع نوعا ما، ومن الناحية الاجتماعية فإنّ الدين يحكم التقنيات المساعدة على الإنجاب ويضع حدوداً لتواجد هذه التقنيات في المجتمع، مما يفسر عدم وجود بديل التبرع بتاتا في المستشفيات الأردنية كمثيلاتها من المستشفيات العربية.

٢-٣.الإطار النظري

٢-٣-١.نظرية الدور

تفترض نظرية الدور لدى مورينو (Moreno) أنّ البناء الاجتماعي عبارة عن أدوار بينها علاقات اجتماعية، ويرتبط الدور بحقوق وواجبات محددة ثقافيا بشكل عرفي أو قانوني، ويرتبط الدور بالحاجات العضوية وتوقعات متعلقة بموقف التفاعل وتوقعات المجتمع والأطر الثقافية، هذه الأطر التي تتشكل نتيجة للانتظام الجماعي لأداء الدور، كما يضع لينتون (Linton) تعريفا للمكانة بأنّها الحقوق والواجبات التي ترتبط بوضع مكاني داخل البناء الاجتماعي، أمّا الدور فهو الجانب الديناميكي لها (عثمان، ٢٠٠٨)، ويؤكد لينتون أنه لا توجد مكانات بدون أدوار ولا توجد أدوار بدون مكانات (Kenneth, 1996).

الفرض الأساسي في النظرية أنّ الدور وما يرتبط به من توقعات هو أساس لتحليل البناء الاجتماعي ولتفسير السلوك الإنساني، وهنا تبرز أهمية الأسرة وأهمية التنشئة الاجتماعية التي تتضمن نقل ثقافة الجماعة إلى الفرد فيها، وتعد عملية التنشئة وضغوط التوقعات أدوات تزيد من امتثال الفرد لثقافة مجتمعه، ولذلك لا بدّ من أخذ الجماعة المرجعية بعين الاعتبار عند محاولة فهم السلوك لأنها تعتبر مصدرا لأطر هذا السلوك، وعادة ما يربط الناس الدور بسلوك معين تبعاً للمعايير الشعبية، وهم أيضا يقيمون الأدوار ويقومون بترتيبها بما يرتبط بها من قوة وجاه وعلى أساس ما يرتبط بها من تحقيق لرغبة الجماعة أو المجتمع (عثمان، ٢٠٠٨).

ويرتبط بكل فرد أدوار متعددة ابن وأب وزوج وطالب ومعلم وعضو في حزب أو مؤسسة، ولكن الدور المنوط بالرجل كرجل والدور المنوط بالمرأة كامرأة؛ أي دور الجندر الذي تم تكوينه اجتماعيا هو الدور الأساسي في الدراسة الحالية، فمن المتوقع من الرجل التكاثر ليثبت رجولته، وهي سمة موجودة في كل المجتمعات إلا أنّها تتخذ شكلاً خاصاً في المجتمعات العربية (شرابي، ١٩٩١)، حيث ينشأ الذكر في ظل نظام أبوي يدفعه للامتثال بالنموذج المثالي للذكر، والذي يتضمن أن الذكر عدواني وقوي، ولا يظهر مشاعره ويخفي أي شكل من أشكال الضعف (بيضون، ٢٠٠٧).

ولا ينحصر النموذج المثالي ذاك للذكر في المجتمعات العربية فقد وجد Gilmore أنّ كثيرًا من الحضارات ترسم نموذج الرجل متحملاً أعباء مهام الإخصاب وإعالة أتباعه (بيضون، ٢٠٠٧)، بالتالي فالرجل الذي لم ينجب بعد ربما يعدّ ناقصَ الرجولة، ومقصّراً في إنجاز واجبات دوره كأب، ممّا قد يفسّر محاولة البعض إخفاء علاج العقم (التل، ٢٠٠٦)، ولكنّ البعض الآخر يرى بأنّ دور الرجل كزوج وصاحب مهنة يؤكد مكانته كرجل بغض النظر عن وجود الأطفال،

أي أن للرجل أدوار مهمة أخرى في المجتمع كذكر، فمن الملاحظ أنّ مجتمعنا يبدأ بمناداة الشاب الصغير بـ"رجل" حتى قبل زواجه.

تتصل مكانة المرأة وكرامتها ونوعًا ما ثقتها بنفسها في عائلتها ومجتمعها بدورها كأم في مجتمعات الشرق الأوسط، وقد لا تتحقق مكانتها كأنثى إلا بإنجاز دورها وإنجاب الأطفال (Loftus and Namsate, 2011)، ومن الدقة القول إن المجتمعات العربية خضعت لتغييرات في العقود الماضية منها؛ انتشار التعليم والعمل بين النساء بشكلٍ كبير، وهنا شاع ما يسمى بالأدوار المزدوجة؛ أي أنّ للمرأة دوراً خارج المنزل ودوراً داخلَه بعد أنّ كانت محصورة في الداخل فقط، فقد أصبحت إنجازاتها الخارجية جزءًا من تعريفها لذاتها وتقييم الآخرين لها (بيضون، ٢٠٠٧).

وغيرت مساهمةَ المرأة في الدخل المادي للأسرة المفهوم التقليدي لدورها كأم وزوجة، لتزيد من مساهمتها في اتّخاذ القرار داخل أسرتها وخارجها (ربايعة وحمودة، ١٩٩١)، لكنّ هذا التحسن في مكانة المرأة لم يخفض من توقعات المجتمع لدور المرأة كأم وزوجة، لتقوم بواجباتها المحددة ثقافياً بالاعتناء بالزوج والأطفال، لهذا نلاحظ أنّ المرأة العربية تميل لترك العمل بعد الزواج (رمزون وغرايبة، ١٩٩٤).

وفي مجتمع تعتبر أطرُهُ الثقافية الدورَ الطبيعي للزوج والزوجة هو دور الأب والأم فإنّ العقم وعدم وجود الأطفال يعتبر انحرافا عن الطبيعة (Mcquillan, et al., 2012)، وهنا يواجه الزوجان عدم تحقيق للرغبة والتوقع كما يصفه Koropatnick بأنه "انتقال خالٍ من الأحداث" لأنّه يتضمن عدم القدرة على تحقيق دور اجتماعي مرغوب، وقد يؤدي العقم إلى الإصابة بالاكتئاب النفسي وبمستويات متفاوتة (Greil, et al.,2010).

و في بعض الأحيان قد يؤثر العقم على علاقات الزوجين مع الجماعة والمجتمع وعلى علاقة الزوجين البينية حيث يعتمد تكامل نوعية الزواج على درجة التطابق بين ما تتوقعه الزوجة من زوجها وبين ما يتوقعه هو منها، والتوقعات محكومة ثقافيًّا بالدور وما يترتب عنه من سلوك، ففي حال عدم تحقيق أحد الطرفين أو كليهما التوقعات المطلوبة منه، فإنه يحدث ما يسمى بتناقض الدور، وعندما يتناقض سلوك الدور مع المعايير ينتج إحباط ونقص في الرضا الزواجي، وخلافات زوجية ،وعنف لفظي أو نفسي أو جسدي داخل الأسرة، وهنا قد يحصل تناقض الدور وتبعاته في حالة دور الأم أو الأب في حال عدم قدرة أي منهما أو كلاهما على أداء واجب الإنجاب (الخشاب، ٢٠٠٨)، (Ardalan,et al., 2010).

وقد يساهم ما أشرنا إليه في نظرية الدور من توقعات اجتماعية ومتطلبات اجتماعية وبناءات ثقافية قد يساهم في فهم أوضح للدوافع التي تحث الزوجين العقيمين إلى التوجه نحو

التقنيات المساعدة على الإنجاب، وذلك على الرغم من كل الصعوبات التي قد تنتج عن العلاج من خلال تلك التقنيات.

٢-٣-٢.نظرية قيمة الأطفال

تعد نظرية قيمة الأطفال لإيسترلين (Easterlin) إحدى النظريات السكانية التي تحاول أنّ تفسر السلوك الإنجابي (كرادشة،٢٠٠٧)، حيث يذكر إيستيرلين المحددات الأساسية للطلب على الأطفال وهي: الدخل، كلفة الأطفال مقارنة بكلفة السلع والمفاضلة الموضوعية بين الأطفال والسلع (Easterlin,1975).

وتفترض نظرية قيمة الأطفال أنّ الطلب على الأطفال هو نتيجة للتفاعل بين موارد الأسرة وكلفة الأطفال ورغبة الأهل في الحصول على سلع معمرة متمثِلة بالأولاد، وقد قدم (إستيرلين) تحليلاً اجتماعياً اقتصادياً لتفسير سلوك الأشخاص الإنجابي يرى فيه أنّ الأزواج يقيِّمون في العصر الحالي ما يقدمه الأطفال من قيمة للأسرة ومنفعة لها، كما أنهم يقارنون بين كلفة الأطفال والقيمة المرجوَّة منهم، مما يحتم عليهم اتخاذ قرارات إنجابية أكثر عقلانية، ومن الصحة القول إنّ القرارات الإنجابية قرارات بيولوجية في المقام الأول ولكنها تتأثر بعوامل غير بيولوجية في غالبيتها، فالسلوك الإنجابي والقرار الإنجابي يعتمد على عوامل اجتماعية وثقافية واقتصادية متعددة (كرادشة، ٢٠٠٧).

وتظهر قيمة الأطفال في التأثيرات الإيجابية التي تحصل للوالدين والمتمثلة بتحسين مكانتهم الاجتماعية، وتحقيق الدور المنوط بهم اجتماعياً وثقافياً كبالغين ومتزوجين، وتقوية علاقات الزوجين البينية، وتقوية العلاقات بين الزوجين والعائلة ككل، ومساعدتهم في زيادة الدخل أو حتى توفيره لاحقا، وبالتالي فإن كينونة الزوجين كآباء وأمهات تؤثر على تفاعلهم الاجتماعي داخل أسرتهم وعائلتهم الكبيرة ومحيطهم الاجتماعي بشكل إيجابي، وتظهر الآثار الإيجابية خاصةً في المجتمعات التي تشجع على الإنجاب ويعتبر فيها الفرد طفله مصدراً من مصادر قوته وتأثيره داخل الأسرة (Buhler, 2008).

وقدْ وجدَ بعض الباحثين أنَّ قيمة الطفل هي من الدوافع الرئيسية وراء الإنجاب مثال ذلك ما تذكره (2002) Inhorn والتي ترى أنّ أسباب إنجاب الأطفال حول العالم هي الحصول على الأمان الاجتماعي والاقتصادي، وتحقيق مزيد من القوة الاجتماعية والسلطة، ومن الدقة القول بأنّ الأزواج المصابين بالعقم يأخذون التكلفة الاقتصادية للتقنيات المساعدة على الإنجاب بعين الاعتبار، ولكنهم يرون أنّ قيمة الأطفال المتحقِقة عن طريق هذه التقنيات تفوق التكلفة وبشكل كبير أيضا (Williams,1988)، حيث يعدّ الإنجاب استثمارا طويل الأمد اقتصاديا

واجتماعيا (Inhorn,2010). ونتيجة لقيمة ومكانة الأطفال في المجتمعات النامية قد تخاطر المرأة بكل شيء بما فيه حياتها في سعيها للإنجاب، وفي هذه الحالة تتفوق الكلفة على القيمة (Barlow and Brown,1998).

تساعدنا الأبعاد المعرفية الاجتماعية والاقتصادية والدينية على فهم الواقع الاجتماعي المحيط بتجربة العقم وعلاجه في المجتمع الأردني، كما تفسر النظريات الاجتماعية محاولة الأزواج السعي لعلاج العقم، كما تبرر اختيار الأزواج البديل الطبي للعلاج المتمثل بالتقنيات المساعدة على الإنجاب. وعلى الرغم من أهمية الدوافع الاجتماعية في تفسير رغبة الزوجين في الإنجاب إلا أننا لا يمكن أن نهمل الجانب النفسي والدافع النفسي المهم أيضاً في محاولة الفهم والتحليل، ولكننا في الدراسة الحالية نحاول استقصاء الجانب الاجتماعي في ظل العوامل المتعددة والإطار النظري السابق ذكره مما يزيد من مستوى الإدراك الحاصل للوضع القائم.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد

٣-١. منهج الدراسة

٣-٢. مجتمع الدراسة وعينة الدراسة

٣-٣. أدوات الدراسة

٣-٣-١. الاستبيان

٣-٣-٢. حصر المستجيبين

٣-٣-٣ الاستعانة بالهاتف

٣-٤. صدق الأداة وثباتها

٣-٥. صعوبات الدراسة

٣-٦. التعامل مع البيانات المفقودة.

٣-٧. التحليل الإحصائي.

تمهيد

تستخدم كل دراسة منهجًا أو أسلوبًا يتم من خلاله التوصل لنتائج الدراسة، وتتنوع المناهج تبعا لموضوع البحث ومشكلته ومجاله، والدراسة الحالية كمثيلاتها استعانت بمنهج واضح واتبعت إجراءات معينة، كما واجهت صعوبات وتحديات، وكل ذلك في سبيل الإجابة عن أسئلة الدراسة، ويبين الفصل التالي طريقة البحث والإجراءات وتفصيلاتها.

٣-١. منهج الدراسة

استخدمت هذه الدراسة منهج المسح الاجتماعي بالعينة والذي يعد من أشهر المناهج وأكثرها استخداما في الدراسات الاجتماعية الوصفية منها خاصة، كما أنه يتلاءم مع موضوع الدراسة ويتمكن من جمع أكبر كمٍّ من البيانات بأقل جهد وأقصر وقت ممكن، كما يتجاوز هذا المنهج وصف الظاهرة ويحاول تحليلها والخروج بنتائج يمكن تعميمها.

٣-٢. مجتمع الدراسة وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المراجعين والمراجعات بهدف علاج العقم للأقسام المتخصصة وباستخدام التقنيات المساعدة على الإنجاب في مستشفيات القطاع العام والتي تشمل مستشفيات الجامعة الأردنية، والملك المؤسس عبدالله الجامعي، ومستشفى الأمير علي بن الحسين العسكري، وفي القطاع الخاص مستشفى الإسراء، والمستشفى التخصصي، وإحدى العيادات الخاصة في العاصمة عمّان، وذلك خلال الفترة الممتدة من ٢٠١٣/٢/١٥ إلى ٢٠١٣/٤/٣٠.

تمت المراسلات بين الجامعة والمستشفيات بشكل رسمي ، للحصول على موافقات جميع الأطراف على إجراء الدراسة في العيادات التابعة للمستشفيات، أمّا المراجعون لمستشفى الأمير علي بن الحسين العسكري فقد تم التوجه إليهم من خلال باحثة اجتماعية.

وتم شرح لكل مستجيب في العينة أن الدراسة هي متطلب للحصول على درجة في الدراسات العليا فقط، وأنّ جميع الأجوبة سوف يتم التعامل معها بسرية تامة، وأرفق الاستبيان بنموذج موافقة؛ إذ وافق بعض المراجعين على المشاركة فيما رفض البعض الآخر المشاركة.

أمّا عينة الدراسة فهي عينة قصدية غير عشوائية، وتم اختيار هذه العينة نتيجة لعدم إمكانية الحصول على قائمة بالمراجعين نتيجة للسرية المحيطة، ولتعذر الحصول على إطار شامل للمراجعين بسبب عدم انتظامهم في التردد على العيادات، كما تم اختيار العينة حسب ما أتيح من

إطار للمعاينة من المراجعين لعيادات علاج العقم، وتكونت العينة من (١٣١) شخصًا موزعة بين (٨١) امرأة و (٥٠) رجلاً.

٣-٣. أدوات الدراسة

تعدّ مشكلة البحث من المواضيع التي نادراً ما يتطرق لها في الدراسات عامة وفي الدراسات الإنسانية خاصة؛ فقد تم الاستعانة بعدة أدوات للدراسة للإجابة عن تساؤلات الدراسة جميعها ما أمكن؛ وفيما يأتي توضيح لهذه الأدوات.

٣-٣-١. الاستبيان

إنّ أداة الدراسة الرئيسية المستخدمة هي الاستبيان الذي تم تصميمه بعد مراجعة العديد من الأدبيات المتعلقة بموضوع الدراسة، ليشمل النواحي التي تحاول الدراسة الإجابة عنها، واشتمل الاستبيان على أسئلة ذات إجابات مفتوحة وأخرى ذات إجابات مغلقة، كما تم الاستعانة بالمقياس الترتيبي للتعرف على الدوافع والمواقف الاجتماعية والثقافية ، وكان المقياس الترتيبي هو مقياس ليكارت الثلاثي (١ لا أوافق، ٢لا أدري، ٣ موافق)، ومن الجدير ذكره أنّه تم تصميم استبيانين أحدهما للزوج والآخر للزوجة، وكانت الأسئلة في أغلبها مشتركة في الاستبيانين إلا في بعض الجوانب التي كان لا بد من الفصل فيها، وهي الجوانب التي غطت دوافع الزوج ودوافع الزوجة، وشمل الاستبيان المحاور الآتية:

- الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية للمبحوثين.
- تاريخ العلاج.
- المحتوى الثقافي الاجتماعي.
- السرية والوسم الاجتماعي.
- تكاليف العلاج والقيمة المتوقعة.
- دوافع الزوجة.
- دوافع الزوج.

وجرى توزيع الاستبيان على المبحوثين في مستشفيات وعيادة العاصمة وإربد ، وتم الاستعانة بباحثة اجتماعية لتوزيع الاستبيان في مستشفى الأمير علي بن الحسين العسكري على الأزواج.

٣-٣-٢. حصر المستجيبين

وُضع سجل لعدّ المراجعين الذين رفضوا المشاركة في الدراسة وذلك بعد أن طُلب منهم تعبئة الاستبيان، وتم التمييز بين من رفضوا تبعا للجنس، الأمر الذي قد يعد مؤشرا على بعض سمات تجربة اللجوء إلى التقنيات المساعدة على الإنجاب، ووصل مجموع من رفضوا المشاركة في الدراسة إلى ٧٢ مراجعًا انقسموا بين (٤٤) زوجاً و(٢٨) زوجة، ووصل مجموع من وافقوا المشاركة في الدراسة، كما ذكرنا سابقاً، (١٣١) زوجاً وزوجة.

٣-٣-٣ الاستعانة بالهاتف

تناولت الدراسات موضوع الدراسة بشكل قليل إلا في الدراسات الطبية، لذا تم التوجه شخصيا إلى الدوائر الحكومية الصحية والرجوع إلى منشورات وزارة الصحة الأردنية لمعرفة عدد العيادات أو الوحدات أو المراكز التي تقدم التقنيات المساعدة على الإنجاب في الأردن ، وكانت المنشورات غالباً ما تشتمل على أعداد عيادات الاختصاص الرئيسية (العظام، الأسنان، أنف أذن حنجرة....)، ومن هذه المنشورات التقرير الإحصائي السنوي الصادر عن وزارة الصحة لعام ٢٠١٠م، والذي لم يشتمل على عدد وحدات الإخصاب الصناعي، لذلك تم الاتصال بجميع المستشفيات الموجودة في العاصمة والاستفسار عن وجود وحدة إخصاب صناعي أو أطفال أنابيب أو علاج للعقم فيها، لتجد أنّ سبعة عشر مستشفى في العاصمة تحتوي على وحدات إخصاب صناعي.

٣-٤. صدق الأداة وثباتها

لضمان قدرة الاستبيان على تحقيق أهداف الدراسة على الوجه الأمثل تم عرضها على ستة محكمين، ثلاثة أساتذة من قسم علم الاجتماع في الجامعة الأردنية، وأستاذ خدمة اجتماعية من قسم العمل الاجتماعي في الجامعة الأردنية، وأستاذة أنثروبولوجيا اجتماعية في جامعة يال الأمريكية بعد ترجمته للغة الإنجليزية، وطبيب مختص في الإخصاب الصناعي في مستشفى الإسراء التخصصي، وبعد الأخذ بالتعديلات المقترحة من المحكمين عُرض الاستبيان على مدقق لغوي لضمان سلامة اللغة وسهولة فهمها.

٣-٥. صعوبات الدراسة

واجهت الدراسة الحالية الصعوبات الآتية:

١- رفض الإدارة في عدد من المستشفيات السماح بإجراء الدراسة فيها؛ وهي مستشفى الأمل للجراحة والتوليد والذي يُعد رائداً في مجال العقم وعلاجه، وعللت الإدارة ذلك بالحفاظ على خصوصية المرضى، ومستشفى المدينة الطبية والذي كان من الممكن أنّ يضيف تنوعاً من خلال التعرف على مواقف الشاغلين للمهن العسكرية حيث تم الإعلام بالرفض بعد مرور شهرين على تقديم طلب إجراء الدراسة، كما أنّ كلًّا من المستشفيات المذكورة يمتاز بارتفاع أعداد المراجعين لهما مّما أدى إلى الحصول على عينة متوسطة الحجم نسبياً بلغت ١٣١ مبحوثاً، وتذكر Inhorn (2004) في دراسة أجرتها في عيادات العقم في عدد من الدول العربية أن إجراء البحث في مستشفيات القطاع الخاص أصعب من إجرائه في مستشفيات القطاع الحكومي.

٢- طول الفترة الزمنية للحصول على موافقة من مستشفيات القطاع العام حيث استغرقت الإجراءات الروتينية والإدارية مدة شهرين في كل من مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك عبدالله المؤسس الجامعي حتى تم توزيع الاستبيان، الأمر الذي أدى إلى طول فترة الدراسة دون مبرر.

٣- نظرة مقدمي الخدمة إلى موضوع العقم كموضوع يتصف بالحساسية وبخاصة في مستشفيات القطاع الخاص، مما أدى ببعضهم (الأطباء بشكل محدد) إلى محاولة إثناء الباحثة عن القيام بالدراسة، أو الموافقة بشرط الانتهاء من العمل بأقل فترة ممكنة، وكان رفض الأطباء لإجراء الدراسة أكبر من رفض المرضى للمشاركة فيها نوعا.

٤- رفض المرضى وبأعداد كبيرة المشاركة في الدراسة.

٣-٦. التعامل مع البيانات المفقودة.

وجدت بعض الاستبيانات ناقصة الإجابات ، منها استبيانان لمراجعتين من تشاد والكاميرون وذلك نتيجة لعائق اللغة، واستبيان لزوجة أردنية وذلك نتيجة لتدني المستوى التعليمي وعدم فهمها الأسئلة فلم تستطع إكمال الإجابات، ومن الجدير ذكره أنّ الباحثة ساعدت عدداً من المراجعات في قراءة الاستبيان فقط لتدني المستوى التعليمي أو بسبب الأمية التي لم تفصح عنها أي من المراجعات. وكان هنالك عدد من الأسئلة التي لم تتم الإجابة عنها مثل فترة العلاج وهو سؤال مفتوح، وعليه طُرحت مدة الزواج من فترة الانتظار لنحصل على فترة العلاج، أمّا البيانات

المفقودة في فقرات المواقف فترك الأمر لبرنامج SPSS للتعامل معها حيث يمنح خياراً للبيانات المفقودة في التحليل ويسمى Valid Percent بحيث لا يؤثر على نسبة الإجابة الكلية.

٣-٧. التحليل الإحصائي.

بعد الاطلاع على عدد من الكتب والأبحاث المختصة بالتحليل الإحصائي وتطبيقات الحاسوب (بالانت، ٢٠٠٧)،(الكندري، ٢٠٠٦),(Walsh, 1990),(Kallet, 2004)، أُدخلت بيانات الدراسة باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، واستُخدم الإحصاء الوصفي الذي يتمثل في التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وغيرها، لوصف خصائص المبحوثين ولوصف المتغيرات الأخرى.

الفصل الرابع: النتائج

تمهيد

٤-١. خصائص الشرائح الاجتماعية المتجهة لعلاج العقم

٤-١-١. الخصائص الديموغرافية

٤-١-٢. الخصائص الاجتماعية

٤-١-٣. الخصائص الاقتصادية

٤-١-٤. الخصائص الطبية للمبحوثين

٤-١-٤-١. نوع المستشفى

٤-١-٤-٢. تاريخ العلاج

٤-١-٤-٣. التأمين الصحي وكلفة العلاج

٤-٢. الأبعاد الاجتماعية لتجربة العقم وعلاجه: الضغوط والدوافع الاجتماعية

٤-٢-١. المحتوى الاجتماعي الثقافي

٤-٢-٢. التفاعل مع الأسرة الموجهة

٤-٢-٣. العلاقة بين الزوجين

٤-٢-٤. جنس الجنين

٤-٢-٥. الكلفة المترتبة والقيمة المتوقعة

٤-٣. السرية و الوسم الاجتماعي

٤-٤. نتائج حصر المستجيبين

٤-٥. دوافع ومواقف الزوج والزوجة والفروق الجندرية

٤-٦. خلاصة النتائج و المناقشة

٤-٧. التوصيات

٤-٨. إسهامات الدراسة ومحدداتها

تمهيد

يعرض الفصل الحالي نتائج الدراسة التي تشمل أربعة أجزاء أساسية؛ هي: خصائص المبحوثين الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، وخصائص المبحوثين الطبية والتي تشتمل على نوع المستشفى وتاريخ العلاج والتأمين الصحي وكلفة العلاج، والأبعاد الاجتماعية للعقم وعلاجه؛ والتي تشكل موقف الزوجين من العقم وعلاجه ودوافعهما الاجتماعية للعلاج، ونتائج حصر المستجيبين تبعا لموافقتهم أو رفضهم على المشاركة في الدراسة. وأُختُتم الفصل بإسهامات الدراسة ومحدداتها.

٤-١. خصائص الشرائح الاجتماعية المتجهة لعلاج العقم

يعرض هذا الجزء خصائص المبحوثين الديمغرافية أولا؛ والتي تشمل عدد المبحوثين، والجنس، والعمر الحالي، والعمر عند بداية الزواج، والجنسية، والقرابة بين الزوجين، والوضع الزواجي وترتيب الزواج الحالي؛ والخصائص الاجتماعية ثانيا؛ والتي تشمل المستوى التعليمي للمبحوثين، ومنطقة السكن، ومكان السكن بالنسبة لأسرة التوجيه؛ والخصائص الاقتصادية وتتضمن كلاً من قطاع العمل (حكومي، خاص..)، ودخل الأسرة الشهري. حيث تساعدنا هذه الخصائص على معرفة الشرائح الاجتماعية التي تتعالج من العقم في المجتمع الأردني.

٤-١-١. الخصائص الديموغرافية

تتباين الخصائص والنتائج بين المبحوثين بالإضافة إلى مواقفهم تبعا للجنس، لذلك توخينا أن يكون المبحوثون من الجنسين (الجدول ١)، فكان منهم أزواج وزوجات، وإن لم نستطع أن يكون توزيعهم متساوياً، فكان عدد الزوجات (٦٢%) متفوقا على عدد الأزواج (٣٨%)؛ ويعود ذلك إلى أن الإخصاب كعملية بيولوجية مرتبط بالزوجين بطبيعة الحال، ولكن دور الزوج يكون في المرحلة الأولى (وخاصة في عملية الإخصاب الصناعي) ونادرا ما يكون متاحا للمقابلة في مكان إجراء مقابلات الدراسة، أما الزوجة فيكون دورها أساسياً في جميع المراحل، كما أن عدداً كبيراً من الأزواج رفضوا المشاركة في الدراسة في حين كان الرفض أقل بين النساء.

الجدول ١. المبحوثون حسب الجنس

الجنس	عدد المبحوثين	النسبة (%)
ذكر	٥٠	٣٨,٢
أنثى	٨١	٦١,٨

المجموع	١٣١	١٠٠,٠

أما ما يتعلق بالأعمار الحالية للمبحوثين (أنظر الجدول ٢)، فيظهر أن الزوج يكبر الزوجة بحوالي أربع سنوات في المتوسط (٣٦,٣ سنة، ٣٢,٤ سنة على التوالي)، والحصة الأعلى من الرجال والنساء في الفئة العمرية (٣٠ سنة – ٣٩ سنة)، وهذه النتيجة متقاربة من النتيجة التي توصلت إليها دراسة (Tahtamouni (2000، التي شملت (٧٠٢) زوج وزوجة مراجعين لعيادات العقم في الأردن، ووجدت الدراسة أن غالبية المبحوثين هم في الفئة العمرية (٣٠ سنة – ٣٩ سنة) والأزواج يكبرون زوجاتهم بحوالي ستة سنوات في المتوسط.

الجدول ٢. المبحوثون حسب فئات العمر الحالي والجنس

العمر الحالي (سنة)	**الأزواج**		**الزوجات**	
	العدد	**(%)**	**العدد**	**(%)**
٢٠-٢٤	١	٢,٠	٨	٩,٩
٢٥-٢٩	٧	١٤,٣	١٩	٢٣,٥
٣٠-٣٤	١٠	٢٠,٤	٢٢	٢٧,٢
٣٥-٣٩	١٤	٢٨,٦	١٧	٢١,٠
٤٠-٤٤	١٠	٢٠,٤	١٣	١٦,٠
٤٥-٤٩	٦	١٢,٢	٢	٢,٥
٥٠+	١	٢,٠	٠	٠,٠
المجموع	*٤٩	١٠٠,٠	٨١	١٠٠,٠
الوسط الحسابي	٣٦,٣ سنة		٣٢,٤ سنة	
*لم يذكر رجل واحد عمره				

بلغ متوسط عمر المبحوثين في بداية زواجهم لدى الرجال ٢٨,٨ سنة و٢٤,٥ سنة للنساء، وتراوحت مدة الحياة الزوجية للمبحوثين من عدة شهور إلى أكثر من عشرين عاما، وما يقرب من نصف المبحوثين مضى على زواجهم سنة إلى ٥ سنوات في الزواج الحالي، وبلغ متوسط مدة الحياة الزوجية حوالي ٨ سنوات، وهي النتيجة نفسها التي توصلت إليها دراسة Schmidt (1998)، والتي أجريت على ١٦ زوجاً (couple) من الأزواج المصابين بالعقم، ووجدت الدراسة أن مدة الحياة الزوجية بلغت حوالي ٨ سنوات في المتوسط، وفي السياق نفسه تشير

دراسة Johnson and Johnson (2009) إلى أن العلاقة بين مدة الزواج واحتمالية السعي للعلاج طردية.

وبالبحث بدا أن غالبية المبحوثين أردنيو الجنسية؛ وعددهم (١٠٤)، والباقي من جنسيات عربية؛ وعددهم (٢٥)، وجنسيات غير عربية؛ وعددهم (٢)، ولعلّ مجيء غير الأردنيين إلى الأردن بسبب التقدم الطبي في الإخصاب الصناعي، أو بسبب الأوضاع السياسية لهذه الدول.

وينتشِر في المجتمع الأردني كما هو الحال في العديد من المجتمعات العربية الأعراف التي تحث على الزواج الداخلي لأسباب ثقافية واجتماعية واقتصادية، ولكن نتيجة للتغيرات التي خضع لها المجتمع كانتشار التعليم وخصوصا بين الإناث، ودخول المرأة بقوة في سوق العمل، حصل وإلى حد ما خرق في عادات الزواج التقليدي، فأصبح هنالك إمكانية للزواج من خارج العائلة. ويوضح الجدول رقم (٣) أن الفئة الأكبر من المبحوثين (٦٢%) لا توجد بينهم وبين أزواجهم صلة قرابة، وهي نسبة قريبة جداً من النسبة التي ظهرت في المسوح الأسرية الأردنية الأخيرة، وربما يرتبط العقم بالقرابة، حيث وجدت Inhorn (2004, b) أن زواج الأقارب في الشرق الأوسط يضع نسبة كبيرة من الأزواج في وضع يعرضهم للعقم بفعل العامل الوراثي.

الجدول ٣. المبحوثون حسب صلة القرابة بين الزوجين

العلاقة بين الزوجين	عدد المبحوثين	النسبة (%)
توجد صلة قرابة بين الزوجين	٤٩	٣٧,٧
لا توجد صلة قرابة بين الزوجين	٨٢	٦٢,٣
المجموع	**١٣١**	**١٠٠,٠**

وقد أشارت بعض الزوجات (٦,٦%) إلى أنهنّ لسن الزوجات الوحيدات عند سُؤال الزوجة عن وجود زوجة أخرى لزوجها (الجدول رقم ٤)، وهذه النتيجة قريبة مما أورده مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن لعام ٢٠٠٩؛ إذ أنّ (٥,١%) من الزوجات الأردنيات يعشن في وضع تعدد زوجات، كما أورد التقرير التاسع لمسح السكان والصحة لمنظمة الصحة العالمية أن سبب لجوء الأزواج لتعدد الزوجات هو العقم وذلك بنسبة (١٩%) من الأزواج المتزوجين بأكثر من زوجة في الأردن (Rustin and Iqbal, 2004).

الجدول ٤. المبحوثات حسب تعدد الزوجات

الوضع الزواجي	عدد المبحوثات	النسبة (%)
زواج أحادي	٧١	٩٣,٤
زواج متعدد	٥	٦,٦
المجموع	**٧٦***	**١٠٠,٠**
*السؤال للزوجات فقط ولم تجب خمس منهن عن السؤال.		

وأمّا بالنسبة لعدد مرات الزواج (الجدول رقم ٥) فنلاحظ أن الزواج الحالي هو الزواج الأول عند غالبية المبحوثين (حوالي ٩٥%)، بينما صرح البعض الآخر (٥,٤%) أن الزواج الحالي ليس الزواج الأول لهم، وهذه النتائج تتفق مع دراسة فرح (٢٠٠٨)، التي احتوت على ١٠٠ زوج وزوجة مصابين بالعقم في الأردن، ووجدت هذه الدراسة أن الغالبية (٩٢%) زواجهم الحالي هو الزواج الأول، والبعض (٨%) زواجهم الحالي هو الزواج الثاني أو الثالث.

الجدول ٥. المبحوثون من الجنسين حسب ترتيب زواجهم الحالي

ترتيب الزواج الحالي	عدد المبحوثين	النسبة (%)
الزواج الأول	١٢٤	٩٤,٦
الزواج الثاني	٦	٤,٦
الزواج الثالث	١	٠,٨
المجموع	**١٣١**	**١٠٠,٠**

٤-١-٢. الخصائص الاجتماعية

إنّ الحصة الأكبر من المبحوثين هم من حملة درجة البكالوريوس (أنظر الجدول ٦)، ولكن ذلك لا ينفي وجود تنوع في المستويات التعليمية، وربما وجود أمية غير مصرح بها خاصة بين النساء، إذ وجد بعضهن صعوبة في إكمال الاستبيان أو حتى الإجابة عنه، وتجدر الإشارة إلى أن بعض المبحوثين كانوا ممن حصلوا على شهادة في الدراسات العليا. ومثل هذا التنوع في مستويات تعليم المبحوثين قد يساعد على استقصاء وجهات نظر مختلف الشرائح والمستويات الاجتماعية في المجتمع الأردني. وتوزع المبحوثون من حيث ديانتهم إلى مسلمين (١٢٨)، ومسيحيين (٣).

الجدول ٦. المبحوثون من الجنسين حسب تحصيلهم التعليمي

المستوى التعليمي	الأزواج		الزوجات	
	العدد	(%)	العدد	(%)
تعليم دون الثانوي	٨	١٦,٠	٨	٩,٩
تعليم ثانوي	١٢	٢٤,٠	١٧	٢١,٠
دبلوم	٦	١٢,٠	٢٠	٢٤,٧
بكالوريوس	٢٠	٤٠,٠	٣٠	٣٧,٠
دراسات عليا	٤	٨,٠	٦	٧,٤
المجموع	**٥٠**	**١٠٠**	**٨١**	**١٠٠,٠**

وظهر أنّ أكثر من ثلثي المبحوثين يعيشون في المدينة، فيما يعيش أقل من الثلث في الريف، أما النسبة القليلة جدا المتبقية فيعيشون في البادية، وأما عن موقع السكن بالنسبة لأسرة التوجيه (انظر الجدول رقم ٧)، فإنّ أكثر من الثلث يعيشون مستقلين وبعيدين عن أسرة التوجيه، ويعيش ما يزيد عن النصف بجانب أسرهم وأسر أزواجهم أو زوجاتهم وغالبا بالقرب من أسرة الزوج، كما يعيش البعض مع أسرة الزوج في (بيت العائلة).

الجدول ٧. التوزيع العددي والنسبي للمبحوثين تبعا لمكان السكن

السكن بالنسبة لأسرة التوجيه	عدد المبحوثين	النسبة (%)
مع أسرة الزوج (بيت العائلة)	١٣	٩,٧
مستقل قريب من أسرتي	٤١	٣١,٥
مستقل قريب من أسرة زوجي/زوجتي	٣١	٢٤,٢
مستقل بعيد عن الأسرة	٤٤	٣٣,٩
خارج الأردن	٢	٠,٨
المجموع	**١٣١**	**١٠٠,٠**

٤-١-٣. الخصائص الاقتصادية

تنوعت مهن المبحوثين (انظر الجدول رقم ٨)، بين عاملين في القطاع الحكومي من الأزواج الذين بلغت نسبتهم (٥٤%)، فيما كانت الشريحة الأكبر من النساء لا يعملن؛ فهن ربات منازل (٤٨%)، ويعمل بعض المبحوثين في القطاع الخاص (حوالي ١٩%)، ويعمل البعض الآخر أعمالا حرة (حوالي ٩%)، وقد تراوح دخل المبحوثين (انظر جدول رقم ٩) من ١٥٠ دينار إلى أكثر من ١١٠٠ دينار، وبلغ الدخل الشهري للأسرة أقل من أربعمئة دينار لدى أكثر من نصف المبحوثين، كما بلغ متوسط الدخل الشهري للأسرة حوالي ٤٧٢ دينار شهريا.

الجدول ٨. المبحوثون حسب الجنس والمشاركة في قوة العمل

العلاقة بقوة العمل	الرجال (%)	النساء (%)	المبحوثون (%)
يعمل\تعمل في القطاع الحكومي	٥٤,٣	٣٦,٧	٤٣,٤
يعمل\تعمل في القطاع الخاص	٢٤,١	١٥,٢	١٨,٦
أعمال حرة	٢٢,٠	٠	٨,٥
لا يعمل\تعمل	٠,٠	٤٨,١	٢٩,٥
المجموع	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠

الجدول ٩. المبحوثون حسب مستوى دخل الأسرة الشهري (دينار)

مستوى دخل الأسرة الشهري (دينار أردني)	عدد المبحوثين	النسبة (%)
٢٠٠>	٦	٤,٦
٢٠١- ٤٠٠	٦٤	٤٨,٩
٤٠١- ٦٠٠	٣٤	٢٦,٠
٦٠١- ٨٠٠	٤	٣,١
٨٠١- ١٠٠٠	٩	٦,٩
١٠٠١+	١١	٨,٤
لا يوجد إجابة	٣	٢,٣
المجموع	**١٣١**	١٠٠
أكبر قيمة = ١١٠٠,٠	**المنوال = ٣٠٠,٠**	**الوسط الحسابي = ٤٧١,٩**
أقل قيمة =١٥٠,٠	**الوسيط = ٣٠٠,٠**	**الانحراف المعياري = ٢٧٤,٧**

٤-١-٤. الخصائص الطبية للمبحوثين

يقف هذا الجزء على خصائص المبحوثين الطبية والتي تشمل نوع المستشفى أولا، بمعنى القطاع الذي تنتمي إليه مستشفى المبحوث، وتاريخ العلاج ثانيا والذي يتضمن زيارات وحدة الإخصاب الصناعي، والعلاج في الخارج، ومدة العلاج، وفترة الانتظار قبل العلاج، وصحة المبحوثين، ومرحلة العلاج، وأسباب مراجعة وحدة الإخصاب الصناعي، وعوامل العقم، وأخيرا الطرف الذي اقترح العلاج، والتأمين الصحي ثالثا؛ والذي يشمل تأمين المبحوث، والتكلفة الإجمالية للعلاج.

٤-١-٤-١. نوع المستشفى

اشتملت عينة الدراسة على مراجعي عيادات العقم في المستشفى التخصصي ومستشفى الإسراء، ومستشفى الجامعة الأردنية، ومستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي، ومستشفى الأمير علي بن الحسين العسكري، ومراجعي عيادة خاصة في العاصمة عمّان (انظر الجدول ١٠)، وتبين من خلال الدراسة أن القطاع الحكومي يقدم خدمة علاج العقم بالتقنيات المساعدة على الإنجاب في أربعة مستشفيات وهي: الملك المؤسس عبد الله الجامعي، الجامعة الأردنية، المدينة الطبية (الخدمات الطبية الملكية)، الأمير علي بن الحسين العسكري، ويتم تقديم الخدمة ذاتها في القطاع الخاص في العديد من المستشفيات والعيادات.

يتلقى المبحوثون العلاج في القطاع العام بنسبة (حوالي ٤٦%) وفي القطاع الخاص بنسبة (حوالي ٤٤%)، ونلاحظ توزع المبحوثين على القطاعين بأعداد متقاربة (انظر الجدول ١١)، وهذه النتائج على خلاف ما وجدت دراسة (2010) Ardalan، التي أجريت على ١٠٧٨٣ إمرأة في ٢٨ مقاطعة في إيران، ووصلت الدراسة إلى أن أكثر من ثلثي المبحوثين (٧٠%) يتعالجون للعقم في مستشفيات القطاع الخاص. كما ويتعالج عدد قليل من المبحوثين في الدراسة الحالية في أكثر من مستشفى، وتعارض نتيجة الدراسة الحالية النتيجة التي توصلت إليها دراسة (1998) Schmidt والتي وجدت أن غالبية المبحوثين يراجعون أكثر من عيادة للعقم، وبرر المبحوثون ذلك بزيادة خيارات العلاج وزيادة فرص النجاح.

الجدول ١٠. التوزيع العددي والنسبي للمبحوثين تبعا للمستشفى

اسم المستشفى	عدد المبحوثين	النسبة (%)
الجامعة الأردنية	٤٦	٣٥,١
الملك المؤسس عبدالله الجامعي	٢٣	١٧,٥
الأمير علي بن الحسين العسكري	٤	٣,٠
الإسراء	٢٨	٢١,٤
التخصصي	٢٩	٢٢,١
عيادة الدكتورة هبة المجدلاوي	١	٠,٨
المجموع	**١٣١**	**١٠٠,٠**

الجدول ١١. التوزيع العددي والنسبي للمبحوثين تبعا لقطاع المستشفى أو العيادة

قطاع المستشفى	عدد المبحوثين	النسبة (%)
القطاع الحكومي	٦١	٤٦,٦
القطاع الخاص	٥٨	٤٤,٣
أكثر من مكان	١٢	٩,٢
المجموع	**١٣١**	**١٠٠,٠**

٤-١-٤-٢. تاريخ العلاج

راجع ٧٣% من الأزواج والزوجات عيادات العقم مسبقا، وبلغ متوسط عدد الزيارات ١١ زيارة، ولجأت زوجة واحدة أردنية من أصل ١٠٤ أردنيين للعلاج في الخارج، وربما يشير ذلك إلى عدم انتشار علاج العقم في الخارج بين الأردنيين، وتتعارض هذه النتيجة مع دراسة Koirala (2007)،التي أجريت في النيبال، حيث توصلت الدراسة إلى أن علاج العقم في الخارج ينتشر في النيبال ويسافر الزوجين إلى دول مثل الهند وتايلاند وحتى الولايات المتحدة، وخاصة بين الطبقات العليا من المبحوثين.

تراوحت مدة العلاج في الدراسة الحالية من شهر إلى ٢٥ سنة، وبلغ متوسط مدة العلاج حوالي خمس سنوات، وزار أكثر من ثلثي المبحوثين (٧٧%) العيادة في فترة امتدت من يوم إلى

خمس سنوات. وقد انتظر ثلثا المبحوثين تقريبا (٥٩,٤%) من يوم إلى ١٢ شهراً قبل التوجه للعلاج الطبي (انظر الجدول رقم ١٢)، وبلغ متوسط مدة الانتظار حوالي ١٩ شهراً، وهذه النتيجة قريبة جداً من نتيجة دراسة Bromberg (2008)، التي شملت ٣٢٧ امرأة، ونتيجة دراسة Ardalan (2010)، في إيران، ففي كلتا الدراستين بلغ متوسط فترة انتظار المبحوثين قبل التوجه للحل الطبي للعقم ١٨ شهراً، وربما يدل تقارب مدة الانتظار في أكثر من مجتمع على أهمية الإنجاب في المجتمعات المختلفة.

الجدول ١٢. المبحوثون تبعا لفترة الانتظار قبل العلاج الطبي (شهر)

فترة الانتظار	عدد المبحوثين	النسبة (%)
=< ٦	٢٨	٢٥,٢
٧- ١٢	٣٨	٣٤,٢
١٣- ١٨	٤	٣,٦
١٩- ٣٠	١٩	١٧,٢
٣١+	٢٢	١٩,٨
المجموع	١١١	١٠٠
أكبر قيمة = ٨٤,٠	**المنوال = ١٢,٠**	**الوسط الحسابي = ١٨,٨**
أقل قيمة =٠,٢٥	**الوسيط = ١٢,٠**	**الانحراف المعياري = ١٦,٢**

وصف معظم المراجعين (٩٠%) صحتهم بأنها عادية، في حين وصفها البعض (حوالي ١٠%) بالضعيفة، وحالة واحدة تعاني من مرض مزمن. تمر عملية الاستعانة بالتقنيات المساعدة على الإنجاب بعدة مراحل (انظر الجدول رقم ١٣)، ولا بد من الإشارة إلى أن السؤال المتعلق بمرحلة العلاج طُرح فقط على الزوجات لأنهن المعنيات بشكل أساسي بعملية الحمل والإنجاب، وقد أشار ثلثا الزوجات تقريبا إلى أنهن في مرحلة إجراء إخصاب صناعي.

الجدول ١٣. التوزيع العددي والنسبي للمبحوثات تبعا لمرحلة العلاج

مرحلة العلاج	عدد المبحوثات	النسبة (%)
كشف أولي	١١	١٤,٢
تحليل المختبر	٧	٩,٠
علاج هرموني	٩	١١,٦
إخصاب صناعي	٤٥	٥٨,٤

التأكد من وجود حمل	٥	٦,٤
المجموع	٧٧*	١٠٠,٠
* السؤال للزوجات فقط ولم تجب أربع منهن عن السؤال		

وشملت أسباب مراجعة وحدة التقنيات المساعدة على الإنجاب أو عيادة العقم خمسة أسباب (انظر الجدول رقم ١٤)، ونلاحظ أن العقم لأسباب ذكرية (حوالي ٣٣%) يفوق العقم لأسباب أنثوية (حوالي ١٥%)، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة Inhorn (2004, b) ، التي ذكرت أن سبب العقم في الشرق الأوسط غالبا ما يكون لعامل ذكري، وتشكل حالات العقم الناتجة عن العوامل الذكرية أكثر من ثلث الحالات المشاركة في الدراسة الحالية، كما تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة Almomani, et al.,(2010)، التي وجدت أن ٣١% من حالات العقم في الأردن تعود للعامل الذكري.

الجدول ١٤. التوزيع العددي والنسبي للمبحوثين تبعا لسبب مراجعة عيادة العقم

سبب العقم	**عدد المبحوثين**	**النسبة (%)**
سبب ذكري	٤٠	٣٢,٥
سبب أنثوي	١٩	١٥,٤
السببان معا	١٢	٩,٨
سبب غير معروف	٤٦	٣٧,٤
اختيار جنس الجنين	٦	٤,٦
المجموع	**١٢٣***	**١٠٠,٠**
* لم تجب ٨ حالات عن السؤال		

وتُظهر الجداول (١٥-١٧) العواملَ الطبية وراء تأخر الإنجاب، ونلاحظ أن نقص تعداد الحيوانات المنوية هو السبب الأول المسبب للعقم لدى الذكور، وأنّ السبب الأول المسبب للعقم عند الإناث هو تكيس المبيضين. وتختلف أسباب العقم والعوامل المسببة له في المجتمعات المتنوعة، فقد وجدت دراسة Johnson and Everitt (2000) أن السبب الرئيسي للعقم عند الرجال هو نقص في تعداد النطف أو حركتها فيما كان السبب الرئيسي عند النساء للعقم هو وجود خلل في قنوات فالوب والإباضة على مستوى العالم، كما لوحظ في العقود الثلاثة الماضية انخفاض نسبة العوامل غير المعروفة من ٥٠% إلى ٥- ١٥% حول العالم نتيجة للتقدم الطبي (Moller and Follstrom, 1991).

الجدول ١٥. المبحوثون حسب سبب العقم لدى الذكور

سبب العقم	عدد المبحوثين
نقص تعداد الحيوانات المنوية	٢٤
صعوبة حركة الحيوانات المنوية	٨
عدم وجود حيوانات منوية	٥
تشوه السائل المنوي	٥
الدوالي على الخصيتين	٢
الانسداد في شرايين الخصية	٢
تليف الخصية	١
لزوجة السائل المنوي	١
المجموع	**٤٨**

الجدول ١٦. المبحوثون حسب سبب العقم لدى الإناث

سبب العقم	عدد المبحوثين
تكيس المبايض	١٤
ضعف المبايض	٧
خلل هرموني	٤
انسداد قنوات فالوب	٤
صغر حجم البويضات	٢
تليف الرحم	٢
سماكة الرحم	١
وجود مبيض واحد	١
عدم وجود قنوات فالوب	١
هشاشة قنوات فالوب مما يؤدي إلى انفجارها عند الحمل	١
التجلط في المشيمة	١

حصول التصاقات بعد العمليات	١
المجموع	**٣٩**

الجدول ١٧. التوزيع العددي للمبحوثين تبعا لأسباب أخرى للعقم

أسباب أخرى	**عدد المبحوثين**
سبب غير معروف	١٥
الزيادة في الوزن	٢
الخلل في الغدة الدرقية	١
المجموع	**١٨**

أما فيما يخص اقتراح المبادرة بالعلاج فقد كان من أطراف عدّة؛ ، فقد اقترح غالبية المبحوثين العلاج (حوالي ٩٢%) إمّا الزوج أو الزوجة أو كلاهما (انظر الجدول رقم ١٨)، بالإضافة إلى اقتراح الأسرة والحموين والأصدقاء العلاج على بعض المبحوثين (٨%)، ولا تتفق هذه النتائج مع دراسة (2010) Ardalan، التي وجدت أن العائلة والأصدقاء هم من اقترح العلاج على ثلثي المبحوثين تقريبا (٥٨%).

الجدول ١٨. المبحوثون تبعا للطرف الذي اقترح العلاج

الطرف	**عدد المبحوثين**	**النسبة (%)**
الزوج	٣١	٢٣,٨
الزوجة	٤٧	٣٦,٤
الزوجان	٤٢	٣١,٧
الأقارب، العائلة، الحموين	٦	٤,٤
أطراف أخرى	٥	٣,٧
المجموع	**١٣١**	**١٠٠,٠**

٤-١-٤-٣. التأمين الصحي وكلفة العلاج

يغطي التأمين الصحي ثلثي المبحوثين (٦١%)، وعلى الرغم من أن الغالبية يشملهم تأمين صحي فقد توجه نصفهم إلى مستشفيات خاصة، وربما يعود ذلك إلى أن المستشفيات الخاصة

المتخصصة بأمراض النسائية والتوليد تتوافر فيها خدمات العقم والتقنيات المساعدة على الإنجاب على مستوى عالٍ من الجودة.

وتختلف تغطية التأمين الصحي للعقم والتقنيات المساعدة على الإنجاب بين المبحوثين المؤمنين صحياً (انظر الجدول رقم ١٩)، فأكثر من ثلثي المبحوثين (حوالي ٦٧%) لا يغطي تأمينهم الصحي العقم، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة Akorde (2007)، التي تناولت العقم من ناحية قانونية، فوجدت أن الحكومة في نيجيريا تعتبر العقم مشكلة فردية وليست مرضا، ولا بد أن يتحمل علاجها الفرد المصاب بها فقط. وتعارضت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة Schmidt (1998)، التي أوضحت أن التأمين الصحي الحكومي في الدنمارك يشمل العقم، ولكن ينتظر الفرد في المتوسط من سنة إلى سنتين قبل زيارة العيادة للمرة الأولى.

الجدول ١٩. التوزيع العددي والنسبي للمبحوثين تبعا لتغطية التأمين لكلفة علاج العقم

تغطية التأمين الصحي لعلاج العقم	عدد المبحوثين	النسبة (%)
التأمين يغطي النفقات بشكل كلي	٥	٦,٧
التأمين يغطي النفقات بشكل جزئي	٢٠	٢٦,٧
التأمين لا يغطي العلاج	٥٠	٦٦,٧
المجموع	٧٥*	١٠٠,٠
* السؤال موجه للمشمولين بالتأمين الصحي فقط		

ومن الجدير بالذكر أن المراجعين للمستشفيات الحكومية يدفعون غالبية تكاليف العلاج، حتى لو كانوا مشمولين بالتأمين الصحي، فالتأمين الصحي المدني في الأردن لا يشمل علاج حالات معينة كالإجهاض المتكرر، ونقص النمو، والعقم (وزارة الصحة ،٢٠٠٨)، وعلى الرغم من ذلك عبّر ثلاثة أرباع المبحوثين عن نيتهم الاستمرار في علاج العقم حتى لو لم تنجح المحاولة الحالية، في حين رفض بعض المبحوثين (حوالي ٩%) الاستمرار في العلاج (انظر الجدول رقم ٢٠)، وتتفق هذه النتائج مع دراسة De Kok، التي اشتملت على رجال ونساء عقيمين وأقربائهم ومقدمي الخدمة وغيرهم، حيث عبّر غالبية المبحوثين في هذه الدراسة عن نيتهم الاستمرار في العلاج والإنجاب (CRFR, 2008).

الجدول ٢٠. التوزيع العددي والنسبي للمبحوثين تبعا لنية استمرارهم في علاج العقم

الاستمرار في العلاج اذا لم تنجح محاولة العلاج الحالية	عدد المبحوثين	النسبة (%)
نعم	٩٨	٧٥,٨

لا	١٢	٨,٦
غير متأكد	٢١	١٥,٦
المجموع	**١٣١**	**١٠٠,٠**

ينوي غالبية المبحوثين من الأزواج والزوجات على حد سواء الاستمرار في العلاج، وهذه النتيجة تتعارض مع دراسة (1988) Williams، التي أُجريت على (٢٢) زوجة و (٢٠) زوجاً من مراجعي عيادات العقم في كندا، إذ أنّ غالبية الزوجات تؤيد تكرار المحاولة، وغالبية الأزواج لا يؤيدون استمرار العلاج معبّرين عن تقبلهم لوضعهم بدون أطفال، وبرر الرجال عدم رغبتهم في الاستمرار في العلاج بالقلق على زوجاتهم من الآثار السلبية التي تشتمل على الألم الجسدي والنفسي وتأثير الأدوية على المدى البعيد.

وتعتمد كلفة العلاج على عدد من العوامل (أ) سبب العقم وبالتالي العلاج نفسه؛ حيث يؤدي العلاج الدوائي أو الهرموني إلى حدوث الحمل عند البعض، في حين يُضطر البعض الآخر للجوء إلى الحقن المجهري، (ب) تكرار المحاولات يزيد من الكلفة، وهو ما يحصل غالبا، (ج) نوع المستشفى خاص أم حكومي وعدد المستشفيات أيضاً؛ فقد يلجأ البعض إلى أكثر من مستشفى، (د) مدة العلاج؛ فكلما زادت المدة زادت الكلفة.

يدفع أكثر من نصف المبحوثين ما بين ألف إلى خمسة آلاف دينار أردني تكاليف علاج العقم واللجوء للتقنيات المساعدة على الإنجاب (انظر الجدول ٢١)، وبلغ متوسط كلفة العلاج ٣٧٥٥ ديناراً أردنياً، ومتوسط كلفة علاج العقم في الدراسة الحالية أعلى منه في دراسة (Sills, et al., (2007، والتي اشتملت على ثلاثة عشر عيادة للعقم في تسع دول في الشرق الأوسط، فوجدت الدراسة أن متوسط كلفة علاج العقم في الشرق الأوسط بلغ ٢٥٠٠ دولار لدورة الحقن المجهري الواحدة.

الجدول ٢١. المبحوثون تبعا لكلفة العلاج بالدينار الأردني

كلفة العلاج (دينار أردني)	عدد المبحوثين	النسبة (%)
أقل من ١٠٠٠ دينار	٣٣	٢٥,٥
١٠٠٠-٥٠٠٠ دينار	٧٦	٥٧,٨
٥٠٠١-١٠٠٠٠ دينار	١٢	٨,٨
١٠٠٠١-١٥٠٠٠ دينار	٥	٣,٩
١٥٠٠١-٢٠٠٠٠ دينار	٤	٢,٩

أكثر من ٢٠٠٠٠	١	٠,٩
المجموع	**١٣١**	**١٠٠,٠**

أكبر قيمة = ٣٥٠٠٠,٠	**المنوال = ٢٠٠٠,٠**	**الوسط الحسابي = ٣٧٥٤,٩**
أقل قيمة =٥٠,٠	**الوسيط = ٢٠٠٠,٠**	**الانحراف المعياري = ٥٠٩٩,٦**

٤-٢. الأبعاد الاجتماعية لتجربة العقم وعلاجه: الضغوط والدوافع الاجتماعية

يحتوي الجزء الحالي على الأبعاد الاجتماعية لتجربة العقم وعلاجه والتي تتضمن المحتوى الاجتماعي الثقافي، والتفاعل مع الأسرة الموجهة، والعلاقة بين الزوجين، وجنس الجنين، والكلفة المستحقة والقيمة المتوقعة، استخدم مقياس ليكارت الثلاثي ليكون مقياساً متدرجاً يحتوي فئات (موافق، لا أدري، غير موافق) بأوزان (٣، ٢، ١) على التوالي لقياس مواقف المبحوثين ودوافعهما الاجتماعية حول العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب، ومدى تعرضهما للضغوط الاجتماعية نحو العلاج.

٤-٢-١. المحتوى الاجتماعي الثقافي

يعدّ ثلاثة أرباع المبحوثين الثقافة والعادات والتقاليد الأردنية مشجعة على الإنجاب بشكل عام، وخلال السنة الأولى من الزواج بشكل خاص، وفي حال التأخر عن الحمل تبدأ علامات الاستفهام بالظهور بين الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل والمجتمع المحيط، ويعتبر أقل من ثلث المبحوثين (٢٨,٨%) أن العقم مشكلة صحية مختلفة عن المشاكل الصحية العادية، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة Bromberg (2008)، حيث عبرت بعض المبحوثات في الدراسة بأنه يوجد شعور بالضغط من الآخرين، وأن الأعراف الاجتماعية المثالية تحبذ الإنجاب وتعتبر العقم غير طبيعي ولا بد من علاجه.

وتقيس الرغبة في الحمل المتعدد الموقف الثقافي حول الإنجاب، حيث يسعى أكثر من ثلثي المبحوثين لتحقيق حمل متعدد من خلال التقنيات المساعدة على الإنجاب، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة Inhorn (2002) ،التي أجريت في مصر، فقد وجدت الدراسة أن غالبية المبحوثين يتمنون حدوث حمل متعدد بسبب عدم تقبل المجتمع المصري لأسرة الطفل الواحد.

بينما يعتقد أقل من نصف المبحوثين (٤٨%) أن ثقافة المجتمع الأردني تدفع الزوجين إلى إنجاب الأطفال دون المباعدة بين الأحمال، وبمعنى آخر فإنهم يرون أن المجتمع الأردني لا يشجع

على تنظيم الأسرة، والذي يعد مؤشرا على القيمة العالية للإنجاب في المجتمع الأردني، وربما تشكل الثقافة المشجعة على الإنجاب واعتبار العقم وضعا غير طبيعي والرغبة في الحمل المتعدد وقلة التشجيع على تنظيم الأسرة مؤشراً على الضغوط الاجتماعية التي يتعرض لها الزوجان من أجل علاج العقم في المجتمع الأردني، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة فرح (٢٠٠٨)، التي وجدت أن أكثر من ثلثي المبحوثين (٦٧%) يرون أن المجتمع هو مصدر الضغط الأساسي على الزوجين.

ويختلف تأثير المحتوى الاجتماعي الثقافي على موقف المراجعين من العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب بين الزوجين، حيث وجدنا أن أكثر من ثلثي الزوجات (٦٤%) يعتقدن أن المجتمع الأردني والثقافة الأردنية تدفع بالمتزوجين حديثا للإنجاب وبسرعة مقابل أكثر من نصف الأزواج (٥٥%)، واعتبرت النساء وبنسبة أعلى من الرجال بأن الثقافة الأردنية لا تشجع على تنظيم الأسرة، كما تسعى غالبية الزوجات (حوالي ٧٤%) من خلال العلاج لتحقيق حمل متعدد مقابل نصف الأزواج تقريبا (حوالي ٥٨%).

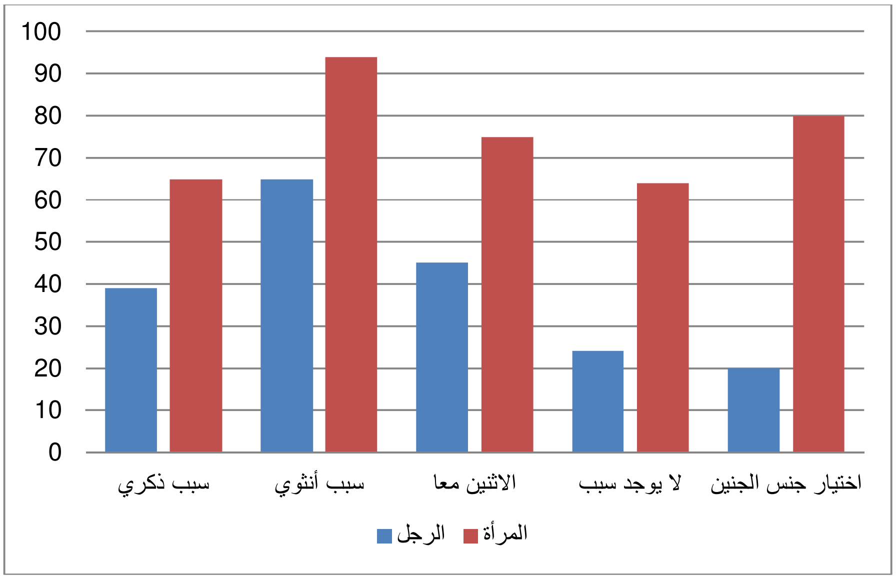
وربما يشير ذلك إلى تعرض المرأة لضغوطات من المجتمع المحيط أكبر من الرجل للإنجاب وعلاج العقم، وتتماشى هذه النتائج مع نتائج دراسة Williams (1988) ودراسة Schmidt, et al., (2004) ، فقد وجدت دراسة Williams أن معظم المبحوثين عبروا عن تعرضهم لضغط العلاج والإنجاب من مجتمعهم المحيط المتمثل بالأسرة، والحموين، والأصدقاء، والمعارف، ولكن الزوجات عبرن عن تعرضهن لضغوط أكثر من الرجال، ووجدت دراسة Schmidt أيضاً أن الضغط الاجتماعي على النساء أكبر منه على الرجال.

ويعتقد غالبية المبحوثين بأن الدين يحث على الإنجاب (انظر الجدول رقم ٢٢)، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Braff (2010) التي أجريت في المكسيك، ووجدت أن المبحوثين يعدون الدين دافعا أساسيا وراء سعيهم لعلاج العقم في محيط ديني كاثوليكي يشجع الإنجاب وبشدة.

الجدول ٢٢. التوزيع النسبي للمبحوثين تبعا لإجابتهم حول فقرة الاتجاه الديني

الدين يحث على الإكثار من الإنجاب	النسبة (%)
موافق	٥٤,٤
غير موافق	٣٦,٠
لا أدري	٩,٦
المجموع	**١٠٠,٠**

ويرى غالبية المبحوثين (٧١%) أن المجتمع يلوم المرأة عند تأخر الإنجاب، في حين يرى البعض (٣٨%) أن اللوم موجه للرجل، وبغض النظر عن مصدر العقم يرى المبحوثون في الغالب أن المرأة تُلام بشكل أكبر اجتماعيا (انظر الشكل رقم ١)، وفي حالات العقم نتيجة لعامل أنثوي عبرت أغلبية الزوجات (٩٤%) عن أن المجتمع المحيط يلوم المرأة، وفي حالات العقم نتيجة لعامل ذكري فإنّ خمسا الأزواج (٣٩ %) يرون أن المجتمع يلوم الرجل.



الشكل ١. التوزيع النسبي للوم المجتمع المرأة أو الرجل تبعا لمصدر العقم

٤-٢-٢. التفاعل مع الأسرة الموجهة

عبر غالبية المبحوثين (حوالي ٧٥%) عن وجود ضغط من الأقارب والعائلة على المتزوجين حديثا حفزاً على الإنجاب السريع، كما يواجه جزء من المبحوثين (٣٩%) مشاكل مع الحموين، وهذه المشاكل موجودة لدى ثلث الأزواج مقابل جزء أكبر من الزوجات (٤٤%) يوجد بينهن وبين أسرة الزوج مشاكل.

ويتعرض ما يزيد عن نصف المبحوثين (٥١%) لتعليقات وتلميحات سلبية من الأقارب والعائلة، وربما يشير ذلك لتعرض الزوجين لمحيط عائلي غير متقبل للوضع القائم، ويعتبره وضعاً "غير طبيعي"، وتتفق هذه النتائج مع دراسة Koirala (2007) والتي اعتبر فيها المبحوثون الأسرة عاملا مهما في سعيهم للعلاج، كما أنهم يتعرضون لضغوطات من الأسرة وتعليقات سلبية مستمرة، ويعتقد ثلثا الزوجات في تلك الدراسة أن الحمل يعني تقبل أسرهن لهن.

وتمارس العائلة ضغوطا على بعض المبحوثين (حوالي ١١%) كدفعهم للانفصال والزواج مرة أخرى، وهذه النتيجة مشابهة للنتيجة التي توصلت إليها دراسة De Kok بأن بعض

العائلات (سواء عائلة الزوج أو عائلة الزوجة) تعارض بقاء ابنهم أو ابنتهم في زواج غير مثمر (CRFR, 2008)

كما حاولت أسرة الزوج أن تدفع بابنها نحو الانفصال لدى بعض الأزواج (٧,١%)، ونحو تعدد الزوجات لدى البعض الآخر منهم (حوالي ١٥%)، فيما حاولت أسرة الزوجة أن تدفع بابنتها نحو الطلاق والزواج مرة أخرى لدى بعض الزوجات (حوالي ٦%). كما تؤثر أسرة الحموين على إمكانية الطلاق أو تعدد الزوجات، ونلاحظ أن الزوج، من وجهة نظر زوجته، يتعرض لضغوطات عائلية أكبر من الزوجة لكي يعالج وضع العقم (انظر الجدول ٢٣) .

الجدول ٢٣. التوزيع النسبي للمبحوثين (أزواج ،زوجات) تبعا لإجابتهم عن فقرات تأثير أسرة الحموين على الاستمرار في الزواج الحالي.

تأثير الأسرة	النسبة (%)
أعتقد أن أسرة زوجتي تضغط عليها لكي تطلب الطلاق.	(٩,٥) من الأزواج
أعتقد أن أسرة زوجي يضغطون عليه لكي يطلقني ويتزوج من أخرى.	(١٧,٤) من الزوجات

٤-٢-٣. العلاقة بين الزوجين

يرى ثُلث المبحوثين أن العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب يؤثر على الزواج القائم وعلى علاقة الزوجين، وهي نسبة أعلى مما أوردته دراسة Bromberg (2008) بأن جزءً صغيراً من المبحوثين (١٣%) يعتقدون أن العقم يؤدي إلى توتر في العلاقات الزوجية. في حين يرى غالبية المبحوثين في دراستها أن العقم لا يؤثر على الزواج القائم، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة De Kok، التي مفادها أن غالبية المبحوثين يرون أن العلاقات بين الزوجين لم تتأثر بوجود العقم (CRFR, 2008).

وعبّر غالبية المبحوثين (٩٠%) عن اتفاق الزوجين على العلاج وأهميته، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Schmidt (1998)، والتي عبر فيها غالبية المرضى عن وجود توافق بين الزوجين على ضرورة العلاج.

ويعتبر أكثر من خُمس المبحوثين في الدراسة الحالية العقم مؤثراً سلبياً على الزواج وربما يؤدي إلى إنهائه، وهذه النتيجة تعارض دراسة Schmidt (1998) والتي عبر المبحوثون فيها عن أن تجربة العقم وعلاجه زادت من المودة والتقارب بين الزوجين.

ويؤثر العقم وعلاجه على كل من الزوجين على حده ثم على العلاقة بينهما، وتهدف جزء من الزوجات (٤٥%) ومن خلال اللجوء إلى التقنيات المساعدة على الإنجاب إلى منع زوجها من الزواج بأخرى، و يتسبب العقم بأغلب الخلافات لدى خُمس الزوجات تقريبا (٢٢%)،

وترى بعض الزوجات (٨%) أن نتائج العلاج تؤثر على استمرارية الزواج الحالي، وقد تنفصل بعضهن (٦%) عن زوجها إذا لم ينجح العلاج.

ويرى بعض الأزواج (١٢%) أن نتائج العلاج تؤثر على استمرارية الزواج الحالي، وأبدى البعض (١٠%) إمكانية زواجه من أخرى إذا لم ينجح العلاج؛ وهذه النتائج قريبة من النتائج التي ذكرها التقرير التاسع لمسح السكان والصحة لمنظمة الصحة العالمية، التي تضمنت أن العقم سبّب الطلاق لما نسبته (١٣%) من المطلقات في الأردن، كما أن (١٤%) من اللواتي انفصلن عن أزواجهن بسبب العقم تزوجن مرة أخرى (Rustin and Iqbal, 2004).

٤-٢-٤. جنس الجنين

إن أكثر من نصف المبحوثين (٥٥%) ينوون الاستمرار في العلاج بعد إنجاب طفل ذكر في سعيهم لإنجاب أنثى، وفي المقابل فإن أكثر من ثلثي المبحوثين (٦٢%) مستعدون لتكرار محاولات العلاج حتى وإن أنجبوا طفلة أنثى في سعيهم لإنجاب ذكر، كما ينوي أكثر من ثلثي المبحوثين (٦١%) الاستمرار في العلاج حتى بعد إنجاب طفل واحد بغض النظر عن جنسه. ويعدّ ما يزيد عن نصف الأزواج وجود طفل ذكر أمراً مهماً لاستمرارية اسم العائلة في المستقبل، والسؤال طُرح على الزوج فقط لأن خط النسب في الأردن هو خط أبوي، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة Rooij and Hermans (2004) والتي وجدت أن العقم يمنع الرجل من القدرة على استمرارية اسم العائلة.

يُبين الجدول رقم (٢٥) التوزيع النسبي للمراجعين من أجل استخدام تقنية اختيار جنس الجنين فقط على الرغم من وجود أطفال لديهم وذلك تبعا للنتائج التي يسعون لتحقيقها من خلال التدخل الطبي، ويتبين لنا أن ما يزيد عن الثلثين يسعون لإنجاب طفل ذكر، وفي المقابل فإنّ أقل من الخُمس يريدون إنجاب أنثى، وربما يدل ذلك على أن غالبية المراجعين الذين يلجئون لتقنية اختيار جنس الجنين يحاولون إنجاب طفل ذكر.

الجدول ٢٤. المراجعون لاستخدام تقنية اختيار جنس الجنين تبعا لجنس الجنين المراد إنجابه

النتيجة المرجوة لجنس الجنين	إنجاب طفلة أنثى (%)	إنجاب طفل ذكر (%)
موافق	٢٠,٠	٦٦,٧
غير موافق	٨٠,٠	٣٣,٣
المجموع	١٠٠	١٠٠

٤-٢-٥. الكلفة المترتبة والقيمة المتوقعة

يعتقد أكثر من نصف المبحوثين (حوالي ٥٦%) بأن معدلات نجاح العلاج وحصول حمل منخفضة ومتفاوتة، ويؤيد أغلبية المبحوثين (٨٣%) أن يشمل التأمين الصحي تكاليف العلاج، ويعتبر ما يزيد عن الثلثين (٧١%) التدخل الطبي لحل مشكلة العقم مكلف ماديا ويشكل عبئاً اقتصادياً عليهم، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة Collins (2002)، والتي شملت ٤٨ دولة حول العالم، وذهبت الدراسة إلى أن غالبية المبحوثين (حوالي ٨٣%) يرون أن كلفة العلاج مرتفعة وغير مبررة، كما تؤيد نتائج الدراسة الحالية نتائج دراسة Serour, G, I (2008) والتي وجدت أن أكثرية مراجعي عيادات العقم (٩٠%) في مصر يرون أن كلفة العلاج مرتفعة.

ويرى أكثر من ثلثي المبحوثين (٦٧%) في الدراسة الحالية أن التقنيات المساعدة على الإنجاب تؤثر بشكل سلبي على صحتهم الجسدية والنفسية أيضا، حيث أشار ثلثا المبحوثين تقريبا (٥٩%) إلى أن العلاج يؤثر على صحتهم الجسدية وبشكل سلبي، كما تأثرت صحة أكثر من ثلثي المبحوثين النفسية سلبا (حوالي ٧٣%) نتيجة العلاج، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة فرح (٢٠٠٨) والتي وجدت أن الأزواج والزوجات المصابين بالعقم يتسمون بدرجات اكتئاب وقلق أعلى من الأزواج والزوجات غير المصابين بالعقم.

ونلاحظ أن العبء النفسي على الزوجين في الدراسة الحالية هو أعلى من العبء الجسدي، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة Schmidt (1998)، التي وجدت أن غالبية الأزواج والزوجات يرون أن تجربة علاج العقم تجربة ذات عبء نفسي حاد. ويُبين الجدول رقم (٢٦) الأعباء الجسدية والنفسية المترتبة على الزوجين نتيجة للعلاج، ونلاحظ أن الأعباء التي تتحملها الزوجة في الجانبين أعلى من أعباء الزوج وبخاصة في الجانب النفسي، وتتفق هذه النتيجة مع النتيجة التي توصلت إليها دراسة فرح (٢٠٠٨) بأن الزوجات المصابات بالعقم لديهن درجة قلق أعلى من أزواجهن.

الجدول ٢٥. التوزيع النسبي للمبحوثين (أزواج، زوجات) تبعا لإجابة فقرات التأثيرات الصحية

التأثيرات الصحية الناجمة عن علاج العقم	تأثير سلبي جسدي	تأثير سلبي نفسي
الزوج (%)	٥١,٤	٦٥,١
الزوجة (%)	٦٦,٨	٨٠,١

وينوي أكثر المبحوثين (٨٠%) الاستمرار في العلاج على الرغم من ارتفاع الكلفة، كما يعتقد جزء كبير من المبحوثين (٨١%) أن الوالدين يعتنيان بالطفل في صغره وعندما يكبر يعتني هو بوالديه، أي يتفق غالبية المبحوثين بتفوق قيمة الطفل في الوقت الحاضر والمستقبل على التكاليف المالية والنفسية والجسدية التي تُدفع في سبيل الحصول عليه، مما يبرر تحملهم لكل هذه الأعباء،

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (1988) Williams بأن جزء من المبحوثين يعتبرون كلفة العلاج المالية والجسدية والنفسية عظيمة ولكن قيمة الطفل توازيها، كما يعتقد البعض في تلك الدراسة أن الأطفال هم مصدر للدعم المعنوي والمالي في المستقبل عندما يكبر الزوجان.

٤-٣. السرية والوسم الاجتماعي

يرى أكثر من نصف المبحوثين (٥٥,٤%) أن المجتمع يلومهم، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (2008) Bromberg، التي وجدت أن المبحوثين يشعرون بالخجل، ويحتاجون للسرية، ويشعرون بأن المجتمع يلومهم، ويعتبرون أن العقم وعلاجه وصمة اجتماعية. ويحاول جزء من المبحوثين (٤٢%) إخفاء العلاج عن المجتمع بجهود متنوعة (انظر الجدول رقم ٢٤)، وهذه النتائج تتعارض مع نتيجة دراسة De Kok بأن بعض المبحوثين يشعرون بالحرج من العقم ولكنهم يعتبرون أن علاج العقم أمر إيجابي ولا يحاولون إخفاءه، بل على العكس يحاولون إظهاره للمجتمع كدليل على محاولتهم حل مشكلة العقم لديهم (CRFR, 2008).

ويظهر من الجدول محاولة ما يزيد عن النصف من المبحوثين إخفاء العلاج عن الآخرين وعن أقاربهم، والأقارب هنا ليسوا الوالدين والأخوة وإنما الأعمام والخالات وأولادهم إلخ... لأن العلاقات الأسرية في الأردن قوية وخاصة مع أسرة التوجيه، وفي هذا السياق تذكر دراسة (2007) Koirala أن العقم وعلاجه يرتبط بالوصمة لدرجة أن غالبية المبحوثين لم يخبروا والديهم عن العلاج.

ويتجنب الثلث تقريبا (٢٨%) التعرف على أشخاص جدد حتى لا يتطرقوا لموضوع الأطفال؛ وفي حال حدوث حمل سيخفي البعض (حوالي ٣٢%) أنه حدث بعد العلاج، بل قد يدّعي بعض المبحوثين (حوالي ٢٩%) أن الحمل حدث دون اللجوء إلى التقنيات المساعدة على الإنجاب، وهذه الجهود ربما تعد مؤشرا على وجود سرية مرتبطة بالعقم وعلاجه. وكانت متوسطات إجابات الزوج والزوجة على فقرات السرية متقاربة، وهذه النتيجة تعارض نتيجة دراسة (2004, a) Inhorn بأنه ونتيجة لرفض عدد كبير من الرجال المشاركة في دراستها، فالسرية موجودة لدى الرجال أعلى منها لدى النساء في الشرق الأوسط.

الجدول ٢٦. المبحوثون تبعا لإجابتهم عن فقرات السرية والوسم المحيط بالعقم وعلاجه

محاولات إخفاء (العقم، العلاج)		إخفاء العلاج عن الآخرين	تجنب التعرف على جدد	إخفاء كون الحمل ناتجاً عن العلاج	إخفاء العلاج عن الأقارب	إخفاء عن الأشخاص الجدد	ادعاء أن الحمل حدث دون علاج
موافق (%)		٥٨,٤	٢٨,٠	٣١,٧	٤٩,٢	٤٥,٦	٢٩,٢
لا أدري (%)		٨,٠	٤,٨	٧,٣	٤,٩	٨,٨	٦,٦
غير موافق (%)		٣٣,٦	٦٧,٢	٦١,٠	٤٥,٩	٤٥,٦	٦٤,٢
المجموع (%)		١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
المتوسط الحسابي للإجابة*	الزوج	٢,١٩	١,٦٠	١,٨١	٢,٠٠	١,٩٠	١,٦١
	الزوجة	٢,٢٩	١,٦١	١,٦٤	٢,٠٥	٢,٠٦	١,٦٨
* **المتوسط الحسابي الكلي:** الزوج (١,٨٥)، الزوجة (١,٨٩).							

٤-٤. نتائج حصر المستجيبين

تم الحفاظ على سجل للموافقة على المشاركة في الدراسة، إذ وافق (١٣١) زوجا وزوجة على المشاركة في الدراسة ونسبتهم (٦٣%)، توزعوا إلى (٥٠) زوجاً و (٨١) زوجة ، في حين رفض (٧٢) من المراجعين ونسبتهم (٣٧%) توزعوا إلى (٤٤) رجلاً و (٢٨) امرأة. نلاحظ أن الرجال قد رفضوا المشاركة بشكل أكبر من النساء، ولعل ذلك عائد إلى الشعور بالوسم الاجتماعي نتيجة للعقم أو علاجه أكثر من النساء، وهذه النتيجة تتفق مع عدد من الدراسات، حيث رفض عدد كبير من الرجال المشاركة في دراسة Inhorn (2004, b)، وبرر مقدمّو الخدمة وأحيانا الرجال أنفسهم ذلك بالسرية والحساسية. ووضحت دراسة Schmidt, et al., (2005) أيضا أن مشاركة الرجال (٧٦%) أقل من مشاركة النساء (٨٣%)، كما وجدت دراسة Koirala (2007) أن عدد الرجال كان أقل من النساء وبررت ذلك أن العوامل الثقافية ترفع من حس الرجال بالخصوصية. ويجدر ملاحظة أن عدداً من النساء رفضن المشاركة في الدراسة الحالية أيضا مما قد يدل على حاجة الزوجين إلى السرية أثناء العلاج.

٤-٥. دوافع ومواقف الزوج والزوجة والفروق الجندرية

أولا: دوافع ومواقف الزوجة

تعدّ أكثرية الزوجات (٨٥%) رأي الأم ذا أهمية في اتخاذ القرارات، وتعدّ أقل من خُمس الزوجات (١٩,٢%) رأي الزوجة غير المنجب رأياً هامشياً داخل الأسرة، وتعدّ أهمية الرأي مؤشرا على توزيع القوة داخل الأسرة. وترى أكثر من ثلث الزوجات (٣٧%) أن الإنجاب هو الواجب الأساسي على الزوجة، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (Williams (1988 ، التي وضحت أن بعض المبحوثات يعتبرن الإنجاب واجباً أساسياً لتحقيق دور المرأة المثالي. كما صرحت أكثر الزوجات (٩٠%) في الدراسة الحالية بخضوعهن للتساؤلات المستمرة من المجتمع المحيط ، والعائلة، والأصدقاء، وزملاء العمل، عن الحمل وذلك منذ بداية الزواج وحتى الوقت الحالي، ولا تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Koirala (2007، التي وجدت بأن ربع الزوجات فقط يتعرضن لمعاملة سيئة وتساؤلات مستمرة عن الحمل من قبل الحموين.

ويعتقد نصف الزوجات بأن المجتمع يضع الأم في مكانة أعلى من الزوجة العقيم، مما قد يدل على وجود نموذج مثالي لدور المرأة المتزوجة والذي يتضمن واجب الإنجاب ويعطيها مكانة معينة، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة سعادة (٢٠٠٥)، والتي شملت ١٠٠ زوجة وزوجاً مراجعين لعيادات العقم و ٩٥ زوجا وزوجة مراجعين لأقسام الولادة في الأردن كمجموعة ضابطة، إذ أنّ الزوجات المصابات بالعقم يشعرن بضغط نفسي نتيجة للفشل وعدم القدرة على تلبية الدور التقليدي للمرأة المتزوجة.

ويذهب أكثر من نصف الزوجات في الدراسة الحالية إلى أنهن يتعرضن للانتقاد واللوم من قبل الآخرين على الرغم من أن العقم نتيجة لعامل ذكري، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة (Koirala (2007، حيث أشار مقدّمو الخدمة في هذه الدراسة إلى أن أسرة الزوج على استعداد لتزويج ابنها من زوجة أخرى على الرغم من أن سبب العقم عامل ذكري.

ثانيا: دوافع ومواقف الزوج

يعتقد أقل من نصف الأزواج (حوالي ٤٨%) أن المجتمع ينظر إلى الأب نظرة أفضل من الزوج العقيم، ويسعى ما يزيد عن النصف (حوالي ٥٧%) إلى أن يحققوا ومن خلال التكاثر

الواجب المفروض عليهم اجتماعيا كرجال وأزواج، في حين أن ثلث الأزواج تقريبا (٢٩%) يعتقدون بأن القدرة على التكاثر هي علامة من علامات الرجولة، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة Williams (1988) التي وجدت أن معظم الرجال يعتقدون أن التكاثر ليس جزءاً من دور الرجل ولا يحقق الرجولة.

ويعتقد أكثر من نصف الأزواج (٥٢,٤%) في الدراسة الحالية أن الأب يمتلك قوة وسلطة في المجتمع نتيجة لتحقيق واجبات دوره المتمثلة بالتكاثر، كما يهدف ثلثا الرجال ومن خلال العلاج الحصول على مكانة الأب في المجتمع، وربما يدل ذلك على وجود نموذج مثالي للرجولة ولدور الرجل المتزوج في المجتمع الأردني، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة Braff (2010) بأن العقم يمنع الفرد من الامتثال للدور المتوقع منه من قبل المجتمع والأسرة، ويمثل علاج العقم محاولة من العقيم لتحقيق دوره الاجتماعي وتحقيق مكانة الفرد المنجب في المجتمع.

وتوضح الجداول (٢٧-٢٨) متوسط إجابات الزوجين عن فقرة الدور والموقف، إذ يظهر أن متوسط إجابات المرأة عن فقرات دور المرأة أعلى من متوسط إجابات الرجل، وربما يعود ذلك لأن دور المرأة المتزوجة كأم هو دور أساسي في حياتها لأنها مرتبطة بشكل أساسي بالحمل والإنجاب والأطفال، أما دور الرجل كأب، على الرغم من أهميته، إلا أنّ دوره الاقتصادي على درجة من الأهمية أيضا، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة Williams (1988) بأن النساء عبرن عن رغبة أعلى من الرجال للعلاج، وهن يعتبرن دور الأم دوراً أساسياً في حياة المرأة، في حين عبر الرجال عن أن المهنة أو الدور الاقتصادي تعوض نوعاً ما عن وضع العقم.

الجدول ٢٧. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات الأزواج عن فقرات دور الزوج

الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الهدف الأساسي من الزواج هو الإنجاب.	١,٦	٠,٩
العلاج من العقم هو وسيلة لتحقيق واجب التكاثر على الرجل	٢,٣	٠,٩
نظرة المجتمع للأب أفضل من نظرة المجتمع للمتزوج غير المنجب.	١,٩	٠,٨
إنجاب طفل هو من علامات الرجولة.	١,٦	٠,٩
من أهداف العلاج تحقيق مكانة الأب في المجتمع.	٢,٣	٠,٩
الأب يمتلك سُلطة في المجتمع.	٢,١	٠,٩
المجموع	**٢,٠**	**٠,٩**

الجدول ٢٨. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات الزوجات عن فقرات دور الزوجة

الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
رأي الزوجة الأم مهم في اتخاذ القرار الأسري	٢,٨	٠,٦
الواجب الأساسي على الزوجة هو الإنجاب	١,٨	٠,٩
رأي الزوجة غير المنجب هامشي في القرارات الأسرية	١,٥	٠,٨
يتم لوم الزوجة على الرغم من عقم الزوج	٢,٠	٠,٩
التعرض للتساؤل المستمر عن الحمل من قبل الآخرين	٢,٨	٠,٦
ينظر المجتمع بشكل أفضل للأم منه إلى الزوجة ولم تنجب	٢,٠	١,٠
المجموع	**٢,٢**	٠,٨

٤-٦. خلاصة النتائج و المناقشة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على خصائص الزوجين المراجعين لعيادات علاج العقم الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية، واكتشاف الدوافع الاجتماعية لديهم وراء السعي لعلاج العقم، ومن أجل الإجابة عن تساؤلات الدراسة وتحقيق أهدافها أجريت دراسة على ١٣١ مراجعاً ومراجعة لعيادات علاج العقم والتقنيات المساعدة على الإنجاب في عدة مستشفيات في القطاع الحكومي والخاص، وانقسم المبحوثون إلى (٨١) امرأة و (٥٠) رجلاً.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج، من أهمها أن متوسط مدة الزواج كانت ٧,٧ سنة، وبلغ المتوسط الحسابي للعمر الحالي ٣٣,٩ سنة، وبلغ متوسط العمر عند بداية الزواج ٢٦عاما، وتوزع المبحوثون إلى أردنيين وعددهم (١٠٤)، وليبيين وعددهم (٦)، وسعوديين وعددهم (٥)، وفلسطينيين وعددهم (٥)، وسوريين وعددهم (٤)، وعراقيين وعددهم (٢)، ويمني وكاميروني وتشادي، وأن أكثر من ثلث المبحوثين أنهوا التعليم الثانوي أو أقل من الثانوي وأكثر من النصف أنهوا الدبلوم والبكالوريوس، وبلغ عدد المبحوثين من المسلمين (١٢٨) ومن المسيحيين (٣)، وتبين وجود علاقة قرابة بين الزوجين بنسبة (٣٨%) من المبحوثين.

وبالنسبة لتعدد الزوجات فإن واحداً وسبعين زوجة كُنَّ الزوجة الوحيدة، في حين تواجدت خمسة زوجات في حال زواج متعدد، ويعيش ما يزيد عن نصف المبحوثين بالقرب من أسرهم سواء أسرة الزوج أو الزوجة في حين يعيش ١٠% تقريبا مع أسرة الزوج في بيت العائلة، ويعمل غالبية المبحوثين في القطاع الحكومي في حين أن البعض يعملون في القطاع الخاص أو يشتغلون في الأعمال الحرة، فيما كانت الحصة الأكبر من النساء ربات منازل، وبلغ متوسط دخل الأسرة الشهري ٤٧٢ دينار.

وراجع أكثر المبحوثين (٧٣%) عيادة عقم من قبل فيما كان البعض الآخر (٢٧%) في زيارته الأولى أثناء المشاركة في الدراسة، وبلغ متوسط عدد الزيارات ١١ زيارة، ومتوسط مدة العلاج ٤,٧ سنة، وبلغ متوسط مدة الانتظار قبل اللجوء إلى الحل الطبي سنة و٧ شهور تقريبا، وأنّ أكثر من نصف المبحوثين (٥٨%) هم في مرحلة الإخصاب الصناعي من العلاج، أما عن أسباب مراجعة عيادة العقم لعامل ذكري فبلغت نسبتها (٣٢,٥%)، ولعامل أنثوي (١٥,٤%)، وللعاملين معا (٩,٨%)، ولسبب غير معروف (٣٧,٤%)، ولاختيار جنس الجنين (٤,٦%).

أمّا السبب الذكري للعقم عند النصف فهو نقص تعداد الحيوانات المنوية، والسبب الأنثوي الأكبرهو تكيس المبايض، واقترحت الزوجة العلاج في الغالب كما اقترح الأقارب والأصدقاء على بعض المبحوثين وبنسبة (٨%) التوجه للعلاج الطبي، ويتعالج بعض المبحوثين (٤٧%) في مستشفيات القطاع الحكومي، فيما يتعالج البعض الآخر (٤٤%) في مستشفيات القطاع الخاص، وأما البقية (٩%) فيتعالجون في أكثر من مستشفى وفي الوقت نفسه.

ويشمل التأمين الصحي ثلثي المبحوثين (٦١%)، وعبر الغالبية (٧٥%) عن نيتهم الاستمرار في العلاج حتى لو فشلت المحاولة الحالية، كما وصل متوسط كلفة العلاج إلى ٣٧٥٤ دينار أردني، وأنفقت فئة كبيرة من المبحوثين (حوالي ٤٥%) حتى وقت المقابلة ما يزيد على ألفي دينار أردني للعلاج، وفي المقابل فإن الحصة الأكبر من المبحوثين (٤٣%) دخلها الشهري ٣٠٠ دينار، وربما تساوي كلفة العلاج مجموع دخل الأسرة خلال عام كامل مما يشير إلى الضغط الاقتصادي على الأزواج المستخدمين للتقنيات المساعدة على الإنجاب.

وهنا نستطيع القول بأن مختلف فئات المجتمع الأردني تتجه لعلاج العقم بالتقنيات المساعدة على الإنجاب حسب ما توصلت إليه الدراسة من خصائص المبحوثين الديموغرافية، والاقتصادية، والاجتماعية، والطبية المتنوعة.

ويرى غالبية المبحوثين (٧٥%) أن المحيط الاجتماعي الثقافي الأردني يشجع على الإنجاب بشكل عام وخلال السنة الأولى من الزواج بشكل خاص، كما يهدف جزء من المبحوثين (٦٧%) من خلال العلاج تحقيق حمل متعدد، ويعتقد أكثر من النصف أن الدين يحث على

الإنجاب، ويعتقد أكثر من ثلث المبحوثين (٣٩,٦%) أن الأسرة الموجهة تؤثر سلبيا على الزوجين وعلى وضعهما القائم وتضغط عليهما لعلاجه. فيما يذهب خُمس المبحوثين إلى أن العقم يؤثر على علاقة الزوجين البينية بشكل سلبي ويهدد الزواج القائم ويتسبب بأغلب الخلافات بينهما، كما يعد نصف المبحوثين جنس الجنين مؤثرا في العلاج أو دافعا للاستمرار به ويفضلون الذكر على الأنثى.

ويرى أكثر من النصف أن معدل نجاح العلاج منخفض ومتفاوت، فيما يرى أكثر من الثلثين أن التقنيات المساعدة على الإنجاب مكلفة وتشكل عبئاً اقتصادياً، ويعاني ثلثا المبحوثين من التأثير السلبي للعلاج على صحتهم الجسدية، كما يعاني أكثر من ثلثي المبحوثين من تأثيرات سلبية نفسية للعلاج، ولكن ينوي الغالبية (٨٠%) من المبحوثين الاستمرار في علاج العقم على الرغم من ارتفاع كلفته، ويعتقد أكثر المبحوثين (٨٠%) أن الوالدين يعتنيان بالطفل في صغره، ويعتني الطفل بهما عندما يكبران، وذلك ما تطرحه نظرية قيمة الأطفال؛ فيرى الأهل أن القيمة الاقتصادية والاجتماعية والنفسية للطفل تفوق الأعباء المترتبة على العلاج.

وبمعنى آخر، فإنّ الغالبية مدركون لكلفة الفعل، ومدركون أيضا للقيمة المتحققة عنه في حال نجاحه، فهم يرون أن القيمة الاجتماعية المتحققة للفعل تفوق الكلفة الاقتصادية والنفسية والجسدية المرتفعة له، وبالتالي فالزوجين يتصرفان بعقلانية بحساب الكلفة والقيمة، ولكن المعايير الاجتماعية تمنح نوعا من الدافعية للفعل وهذه الدافعية لا يمكن أن تختزل بالعقلانية فقط (كريب، ١٩٩٩)، حيث توجد ضغوط اجتماعية نسبيا من المجتمع، والثقافة، والأسرة نحو العلاج؛ ذلك أنه على الرغم من اعتقاد غالبية المبحوثين أن علاج العقم مكلف وفرص نجاحه قليلة إلا إنهم توجهوا لهذا الخيار.

ويشعر جزء من المبحوثين (٤٢%) باللوم ويحاولون إخفاء مساعي العلاج عن الأقارب و الآخرين، ففي حين وافق ١٣١ شخصا المشاركة في الدراسة رفض ٧٢ شخصاً المشاركة، وكان الرفض من الأزواج أكبر من الرفض من الزوجات، ويُعدّ كل من الشعور باللوم، والجهود المبذولة لإخفاء العقم وعلاجه، ورفض المشاركة في الدراسة مؤشرات على ارتباط السرية والوسم بالعقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب في المجتمع الأردني.

تقوم نظرية الدور على افتراض أن البناء الاجتماعي هو عبارة عن مجموعة من الأدوار والعلاقات بينها، والدور هو الجانب الدينامي للمكانة التي لا تتحقق بدون تحقيق واجبات الدور، ويتكون الدور من خلال البناءات الاجتماعية والثقافية في المجتمع من خلال الأسرة والتنشئة الاجتماعية، وتساعد نظرية الدور في تفسير دوافع المرأة ودوافع الرجل في سعيهما للعلاج الطبي للعقم. فيعتقد أكثر من نصف النساء (٥٥%) أن المجتمع يعتبر المرأة المتزوجة دون أطفال أقل

مكانة وسلطة من المرأة الأم، كما أنها لم تحقق توقعات الآخرين حيث عبرت غالبية الزوجات (٩٠%) عن أن الآخرين يتوقعون الحمل ويتساءلون عنه وباستمرار.

ويعتقد جزء من الرجال (٤٥%) أن من واجبات الرجل المتزوج إنتاج ذرية، ومن يفشل في تحقيق ذلك فهو مقصر في تحقيق الدور المطلوب منه اجتماعيا وثقافيا، كما يعتقد أكثر من النصف بأن المجتمع يمنح الأب مكانة وسلطة لا يمنحها للزوج العقيم، ويهدف أكثر من نصف الأزواج من خلال العلاج أن يحققوا مكانة الأب في المجتمع.

حيث حاولت الدراسة الحالية "قياس الفروق بين الجنسين في عدد من المتغيرات" لنجد أن متوسط إجابات المرأة كان أعلى في جميع المتغيرات، عدا متغيري تفضيل الذكر ودافع قيمة الطفل الذيّن كانت متوسط إجابات الرجل فيهما أعلى، وهنا نستنتج أن المرأة ربما تتحمل العبء الأكبر عن تجربة العقم وعلاجه ككل في المجتمع الأردني.

٤-٧. التوصيات

١. الدور الأكاديمي العلمي:

يجب إجراء المزيد من الدراسات حول تجربة العقم وعلاجه اجتماعيا والتي نقترح أن تشمل

أ- مجموعات اجتماعية؛ فمن الواضح أن الأزواج العقيمين يفترضون وجود اتجاهات في المجتمع حول العقم وعلاجه، ويجب التحقق من صحة هذه الافتراضات من خلال طرحها على أفراد ومجموعات في المجتمع.

ب- مقدمو الخدمة مثل الطبيب والممرض وعامل الاستقبال، والذين لديهم وجهة نظر معينة حول العقم وعلاجه، وخصائص التجربة اجتماعيا، وكيفية التعامل مع الزوجين، وتعدّ وجهة النظر تلك مهمة؛ لأن مقدمي الخدمة يتعاملون مع الزوجين بشكل مباشر أثناء العلاج. حيث تكررت كلمة "حساسية" في أثناء التعامل مع مقدمي الخدمة بشكل كبير، لأن العديد منهم يعتقدون أن وضع العقم وعلاجه هو وضع يتسم بالحساسية كما صرحوا بذلك، ولكن يجب إجراء المزيد من البحث حول الموضوع.

٢. الدور الحكومي:

أ- يمكن لوزارة الصحة تبني برنامج صحة إنجابية شامل يقدّم خدمات تنظيم الأسرة وخدمة التقنيات المساعدة على الإنجاب جنباً إلى جنب مما يتيح حرية الاختيار، حيث أن التأمين الصحي الشامل لعلاج العقم يحافظ على صحة الفرد المتكاملة والتي تشمل الجانب الجسدي والنفسي والاجتماعي، وينفذ حق الفرد في الإنجاب.

ب- احتواء المناهج الدراسية للمرحلة الثانوية والجامعية على موضوع العقم وعلاجه، مما يرفع الوعي حول العقم والعوامل المرتبطة به والمسببة له ومنها عوامل يمكن السيطرة عليها مثل: التدخين، والالتهابات، وزواج الأقارب، ومحاولة تجنبها.

٣. دور وسائل الإعلام:

إثارة وسائل الإعلام المختلفة موضوع العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب في النقاش العام لرفع الوعي المجتمعي حوله، مما قد يحد من ضغوط المجتمع والأسرة على الزوجين، كما يتيح تناول العقم وعلاجه في وسائل الإعلام المجال أمام للمجتمع التعرف على تجربة الزوجين وتفهم هذه التجربة مما قد يؤدي إلى التفاعل الإيجابي معها.

٤-٨ إسهامات الدراسة ومحدداتها

تطرقت الدراسة الحالية إلى موضوع العقم وإلى فئة الزوجين المراجعين لعيادات علاج العقم، وهذه الفئة نادرا ما يشملها البحث العلمي وخاصة في الدراسات الاجتماعية، فقد جاء هذا الجهد مكملاً للدراسات النفسية والطبية والقانونية والدينية والاقتصادية عن العقم وعلاجه؛ كما اشتملت عينة الدراسة على الرجال والنساء على العكس من العديد من الدراسات حول العقم وعلاجه التي غالبا ما تتوجه للنساء فقط، مما أدى إلى الكشف عن دوافع الرجل وموقفه من ناحية، والمقارنة بينه وبين دوافع المرأة وموقفها من ناحية أخرى، مما أدى إلى إثراء المعلومات الواردة في الدراسة.

تتميز الدراسة الحالية بأنها أجريت في مجتمع عربي، فقد أجريت العديد من الدراسات الاجتماعية عن العقم في مجتمعات غربية، ونادراً ما تم إجراء دراسات اجتماعية عن العقم في العالم العربي، ومن الجدير بالذكر أن بعض دراسات الأنثروبولوجيا الاجتماعية عن العقم أجريت في دول عربية مثل مصر ولبنان، ولكن هذه الدراسات إما أن يكون الباحث فيها غير عربي، أو يكون الباحث عربياً ولكن لغة الدراسة هي الإنجليزية، وبالتالي فقد أضافت الدراسة الحالية موضوعاً للمكتبة العربية نادراً ما تجده في داخلها.

لا بد أن يتم تناول نتائج الدراسة مع العلم بمحدداتها، وتشمل محددات الدراسة الحالية حجم العينة وتوزيعها، فحجم العينة والذي يعد صغيراً نسبيا كان بالإمكان أن يكون أكبر، لولا صعوبات الدراسة التي سبق وذكرناها في الفصل الثالث، مما يحد من تمثيل العينة لمجتمع الدراسة.

أما توزيع العينة فلم يكن حجم بعض الفئات متساويا في العينة ومنها الرجال والنساء الذين لم يكن عددهم متساويا الأمر الذي يقلل نسبيا من دقة المعلومات القائمة على المقارنة، وأيضاً فئات

المنطقة؛ والتي اشتملت على الريف والحضر والبادية ولكن بأعداد غير متساوية في العينة، غالبية المبحوثين كانوا من العاصمة مما يحد من إمكانية تعميم نتائج الدراسة عن مجتمع الدراسة في الأردن.

كما توجد محددات أخرى للدراسة الحالية تتمثل بقصر مدة الدراسة نسبيا نتيجة لصعوبات الدراسة، ونقص المعلومات الواردة في بعض الاستبيانات بسبب عدم إجابة بعض المبحوثين عن عدد من الأسئلة.

المراجع

أولاً المراجع العربية

إيريتييه، فرانسواز (٢٠٠٣)، **ذكورة وأنوثة: فكرة الاختلاف**، ترجمة كاميليا صبحي، (ط١)، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

بالانت، جولي (٢٠٠٧)، **الدليل العملي الذي يأخذ بيدك خطوة بخطوة لتتعرف على كيفية التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS**، ترجمة خالد العامري، (ط ٨)، القاهرة: دار الفاروق.

بركات، حليم (١٩٨٤).،**المجتمع العربي المعاصر: بحث استطلاعي اجتماعي**، (ط١)، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.

بيضون، عزة شرار (٢٠٠٧)، **الرجولة وتغير أحوال النساء**، (ط١)، الدار البيضاء: المركز الثقافي العربي.

التل، غسان علي (٢٠٠٦)، **المجتمع الأردني: مظاهر الحياة الشعبية**، (ط١)، إربد: عالم الكتب الحديث.

حركة، أمل (١٩٨٩)، **النسق القرابي في الأردن**،(ط١)، إربد: جامعة اليرموك.

الخشاب، سامية مصطفى (٢٠٠٨)، **النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة**، (ط١)، القاهرة: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية.

الدقس، محمد عبد المولى (٢٠٠٥).،**التغير الاجتماعي بين النظرية والتطبيق**، (ط١)، عمان: دار المجدلاوي للنشر والتوزيع.

رابعة، أحمد و حمودة أحمد (١٩٩١)، **السكان والحياة الاجتماعية**، عمان: لجنة تاريخ الأردن.

رجب، رجاء علي (٢٠٠٤)، **أسباب تأخر الإنجاب لدى مراجعات مستشفى الأسد الجامعي،** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة تشرين، دمشق، سوريا.

رمزون ، حسين وغرايبة، فيصل (١٩٩٤)، **قراءات في المجتمع الأردني،** (ط١)، عمان: الناشر حسين فرحان رمزون.

سليم، مريم داود (١٩٩٩)، **المرأة العربية بين ثقل الواقع وتطلعات التحرر،** (ط١)، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.

سعادة، ليالي (٢٠٠٥)، **الرضى الزواجي والاكتئاب لدى عينة من الأزواج العقيمين الأردنيين.** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمّان.

السوسي، ماهر أحمد (٢٠٠٦)، حق الزوجة في فسخ النكاح بسبب عقم زوجها، **مجلة الجامعة الإسلامية،** ١٤(١):١-٣٧.

شرابي، هشام (١٩٩١)، **مقدمات لدراسة المجتمع العربي،** (ط٤)، بيروت: دار الطليعة.

الشرتوني، سعيد (١٨٨٩)، **أقرب الموارد في فصح العربية والشوارد،** (ط١)، بيروت: مطبعة مرسلي اليسوعية.

صندوق الأمم المتحدة للسكان (٢٠٠٨)، **الصحة الإنجابية والجنسية في شمال إفريقيا والشرق الأوسط: دليل الإعلاميين،** ترجمة أحمد رجاء رجب، واشنطن، الولايات المتحدة الأمريكية.

صندوق الأمم المتحدة للسكان (٢٠١١)، **حالة سكان العالم،** نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية.

عبيدات، سليمان أحمد (١٩٨٧)، **دراسة في عادات وتقاليد المجتمع الأردني،** (ط١)، طرابلس: مؤسسة مصري للتوزيع.

عثمان، إبراهيم عيسى (٢٠٠٨)، **النظرية المعاصرة في علم الاجتماع**، عمان: دار الشروق.

العواودة، أمل (٢٠٠٢)، **العنف ضد الزوجة في المجتمع الأردني**، (ط١)، عمان: مكتبة الفجر.

أبو فارس، محمد (٢٠١٠)،، **شرح قانون الأحوال الشخصية الأردني(٢٠١٠): الزواج والطلاق**، (ط١)، عمان: الناشر محمد أبو فارس.

فليس، فادية بن (٢٠٠٥)، **تعدد الزوجات في ظل التحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بلحاج خضر، الجزائر.

فرح، ديما متري (٢٠٠٨)، **القلق والاكتئاب لدى عينة من الأزواج المصابين بالعقم والمراجعين لمستشفى فرح في عمّان**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمّان.

كرادشة، منير (٢٠٠٧)، **السلوك الإنجابي في الأردن: دراسات ديمغرافية**، (ط١)، إربد: المركز القومي.

كريب، إيان (١٩٩٩)، **النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس**، (ط١)، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة رقم ٢٤٤.

الكندري، يعقوب (٢٠٠٦)، **طرق البحث الكمية والكيفية في مجال العلوم الاجتماعية والسلوكية**، (ط ١)، الكويت: جامعة الكويت.

مصطفى، إبراهيم (١٩٧٢)، **المعجم الوسيط**، (ط٢)، القاهرة: المكتبة الإسلامية للنشر والتوزيع.

النظامي، سندباد (٢٠٠٠)، **العقم**، رسالة ماجستيرغير منشورة، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.

وزارة الصحة (٢٠٠٨)، **نظام التأمين الصحي المدني رقم (٩١) لسنة ٢٠٠٨**، معدل بموجب النظام رقم (٨) لسنة ٢٠٠٤ ونظام رقم (٤٦) لسنة ٢٠٠٧،تحرير: البرماوي، أحمد واليماني منى، الأردن.

ثانياً المراجع الأجنبية

Akorde, Yusuff (2007), **An Appraisal of the Socio-Legal Implications of In Vitro Fertilization in Nigeria: Regulation the "cost" of Babies**. Unpublished Master Dissertation , University of Toronto.

Almomani, W. Abu Shaqra , Q. and Abdel Wahed , A.(2011), Relationship Between the Recovery of Aerobic Bacteria from Semen and Male Infertility in Jordan. **Jordan Medical Journal**, 45(1), 62-69.

Ardalan, A. Vahidi, S. Mohammad, K. and Russel, M. (2010, January,11), Service Utilization Patterns for Presumed Infertile Women in the Islamic Republic of Iran 2004-2005. International Journal of Health Planning and Management, 25, DOI: 10.1002/hpm.985. Retrieved October 15, 2012, from **http://www.interscience.wiley.com**

Barlow, R. and Brown, J. (editors)(2010), **Reproductive Health and Infectious Diseases in the Middle East**. Ashgate.

Braff, Lara (2010), **Reconceiving Personhood: The Localization of Assisted Reproductive Technologies in Mexico City .**Unpublished Doctoral Dissertation, University of Chicago, Chicago.

Bromberg, Heather (2008), **Reproduction Disruptions: An Exploration of Personal and Social Meanings of Conception Difficulties**. Carleton University Ontario, Canada.

Buhler, Christoph (2008), On the Structure Value of Children and its Implication on Intended Fertility in Bulgaria . Demographic Research 18, Article 20. Retrieved January 2ed, 2013, from**:** **http//www.demographic-research.org/volumes/vol18/20/18-20.**

Centre for Research on Families and Relationships (CRFR) (2008), **Infertility in Malawi: Exploring it's Impacts and Social Consequences**. De Kok, Bregje (Author), Briefing 41, December.

Collins, John (2002), An International Survey of the Health Economics of IVF and ICSI (Electronic Version)**. Human Reproduction Update**, 8(3), 265- 277.

Cohen, J . Trounson, A . Dawson, K . Jones, H . Hazekamp, J . Nygren, L. and Hamberger, L. (2005), The Early Days of IVF outside the UK(Electronic Version) **. Human Reproduction Update**, 11(5),439-459

Department of Statistics [Jordan] and ICF Macro (2010), **Jordan Population and Family Health Survey 2009**. Calverton, Maryland, USA.

Dyer, S. Abrahams, N. Mokoena, N. Lombard, C. and Spuy, Z.(2005), Psychological Distress Among Women Suffering from Infertility in South Africa: A Quantitative Assessment (Electronic Version). **Human Reproduction Update**, 20(7), 38-43.

Easterline, Richard A (1975), An Economic Framework for Fertility Analysis,**Studies in Family Planning**, 6(3), 54-63.

Gerrity, Deborah (2001, April 1), A Bio psychosocial Theory of Infertility, The Family Journal,9, Retrieved September 18, 2012, from **http://tfj.sagepub**.com/content/9/2/151.

Greil , A. Slauson-Blevin, K. and Mcquillan, J. (2010), The Experience of Infertility: A Review of Recent Literature(Electronic Version). **Sociology of Health and Illness**, 32(1), 140-170.

Hamilton, Barton . and Mcmanus, Brian (2012), The Effects of Insurance Mandates on Choices and Outcomes in Infertility Treatment Markets (Electronic Version). **Health Econ**, Vol(21), (994-1016).

Harwood, Karey (2003), **The Power of Assisted Reproductive Technologies: How Women Are Shaping and Being Shaped by the New Reproduction**, Unpublished Doctoral Dissertation, Emory University, United States of America.

Inhorn, M. and Van Balen, F. (2002) Interpreting Infertility: A View From the Social Sciences. In: Inhorn, Marcia Claire and van Balen, Frank (Editors),), **Infertility Around The Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies**. (pp. 3-32), New Jersey, University of California Press.

Inhorn, Marcia. and Van Balen, Frank (2002), **Infertility Around The Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies**, (1st ed). New Jersey: University of California Press.

Inhorn, Marcia (2003), **Local Babies, Global Science: Gender, Religion and In Vitro Fertilization in Egypt**, (1st ed). New York: Routledge.

Inhorn, Marcia (2004, a), Privacy, Privatization, and the Politics of Patronage: Ethnographic Challenges to Pentrating the Secret World of Middle Eastern, Hospital-Based In Vitro Fertilization (Electronic Version) . **Social Science and Medicine**,52, 2095- 2108.

Inhorn, Marcia (2004, b), Middle Eastern Masculinities in the Age of New Reproductive Technologies: Male Infertility and Stigma in Egypt and Lebanon (Electronic Version). **Medical Anthropology Quarterly**, 18(2), 162-182.

Inhorn, Marcia (2006), Isalm IVF and Everyday Life in The Middle East: The Making of Sunni Versus Shi'ite Test Tube Babies. **Anthropology of The Middle East Journal**, 1(1), 42-50.

Inhorn, Marcia (2009), Right to Assisted Reproductive Technology: Overcoming Infertility in Low-Resource Countries (Electronic Version)**.** **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Vol (106),172-174.

Inhorn, Marcia (2010), Infertility and the Quest for Conception in Egypt . In: Barlow, R. and Brown, J. (editors), **Reproductive Health and Infectious Diseases in the Middle East**. Ashgate.

Johnson, MH. and Everitt, BJ(2000), **Essential Reproduction.** Oxford: Blackwell Science. In: WHO (2009), **Mental Health Aspects of**

Women reproductive Health: A Global Review of the Literature. Albany.

Jones, E. Farina, A. Hastorf, A. Markus, H. Miller, D. and Scott, R.(1984), **Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships** (2[ed] ed). New York: W. H. Freeman and Company.

Kallet, Richard (2004), How to Write the Methods Section of a Research Paper (Electronic Version). **RESPIRATORY CARE**, 49(10), 1229-1232.

Koirala, Supriya (2007), **Infertility and Introduction of In Vitro Fertilization In Nepal: A Case Study**. Unpublished Master Dissertation , University of Colorado, Denver.

Loftus, J. and Namaste, P. (2011, April), Expectant Mothers: Women Infertility and the Potential Identity of Biological Mothers, Qualitative Sociology Review, 4, Retrieved October 11, 2012, from **http://www.Qualitative Sociology Review**.org/ENG/archive_eng.php.

Mcquillan, J. Greil, A. Shreffler, K. Wounch-Hill, P. Gentzler, K. and Hathcoat, J. (2012, October), Does the Reason Matter? Variations in Childlessness Concerns Among U.S Women (Electronic Version) , **Journal of Marriage and Family**, 74, 1166-1181,DOI: 10.1111/j.1741- 3737.2012.01015.x.

Moller, A. and Fallstrom, K.(1991) Psychological Factors in the Etiology of Infertility: A Longitudinal Study. **Journal Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, 12: 13-26. In: WHO (2009), **Mental**

Health Aspects of Women reproductive Health: A Global Review of the Literature. Albany.

Moura -Ramous, M. Gameiros , S. Canavarro , M.C. and Soares , I.(2012), Assessing Infertility Stress: Re-examining the Factor Structure of the Fertility Problem Inventory (Electronic Version). **Human Reproduction Update**, 27(2), 496-505.

Ombelet, W . Cooke , I. Dyer , S. Serour, G. and Devroey, P. (2008), Infertility and the Provision of Infertility Medical Services in Developing Countries (Electronic Version) . **Human Reproduction Update**, 14(6), 605-621.

Philoppov, O . Radionchenko , A. Bolotova, V. Voronovskaya , N. and Potemkinq , T. (1998), Estimation of the Prevalence and Causes of Infertility in Western Siberia . **Bulletin of the World Health Organization**, 76(2), 183-187.

Reeve, John Marshall (1997), **Understanding Motivation and Emotion** (2ed ed). United States of America: Holt, Rinehart and Winston.

Rooij, F. Balen, Van. and Hermans, J. (2004), A review of Islamic Middle Eastern Migrants: Traditional and Religious Cultural Beliefs about Procreation in the Context of Infertility Treatment (Electronic Version)**. Journal of Reproductive and Infant Psychology**, 22(4), 321-331.

Rustin, Shea, and Iqbal, Shah (2004), **Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries: DHS Comparative Reports**

No.9, Calverton, Maryland, USA: ORC Macro and, the World Health Organization.

Schmidt, Lone (1998), Infertile Couple's Assessment of Infertility Treatment (Electronic Version). **Acta Obstet Gynecol Scand,** Vol (77), 649- 653.

Schmidt, L. Christenesen, U. and Holstein, B.(2005), The Social Epidemiology of Coping With Infertility (Electronic Version)**. Human Reproduction Update**, 20(4), 1044- 1052.

Serour, G. Abolghar, M. and Mansour, R.(1991), In Vitro Fertilization and Embryo Transfer in Egypt (Electronic Version). **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Vol(36), 49-53.

Serour, Gamal (2002), Attitudes and Cultural Perspectives on Infertility and its Alleviation in the Middle east Area. In: Vayena, E. Rowe, P. and Griffin, P (editors), **Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of a Meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"**, Geneva: World Health Organization.

Serour, G, I (2008), Medical and Sociocultural Aspects of Infertility in the Middle East, Human Reproduction and Embryology, doi:10.1093/humrep/den143, Retrieved January 6, 2013, from **http://eshermonographs**.oxfordjournals.org/.

Shahin, Ahmad (2007, May 22), The Problem of IVF Cost in Developing Countries, Reproductive Bio Medicine Online,15, Retrieved January 6, 2013, from **http://** **www.rbmonline**.com/Article/2850.

Sharma, S. Mittal, S. and Aggarwal, P. (2009, July 13), Management of Infertility in Low Resource Countries, BJOG, 116 (Supp.1), Retrieved October 2, 2012, from **http://www.bjog.org.**

Sills, E. Qublan, H. Blumenfeld, Z. Dizaj, A. Revel, A. Coskun, S. Abu Jaoude, I. Serour, G. Eskandar, M. Khalili, M. Demirol, A. Trokoudes, K. Ocal, P. Sultan, A. Lotto, B. and El-Kareh, A. (2007), Regional Clinical Practice Patterns in Reproductive Endocrinology: A Collaborative Transnational Pilot Survey of In Vitro Fertilization Programs in the Middle East. Journal of Experimental & Clinical Assisted Reproduction, Retrieved September 18, 2012 **,** from **http://www.jexpclinassistreprod**.com/content/4/1/3.

Silva, S. and Macahdo, H. (2011), The Construction of Meaning by Experts and Would Be Parents in Assisted Reproductive Technology (Electronic Version). **Sociology of Health and Illness**, 33(6), 853-868.

Sundby, Johanne (2002), Infertility and Health Care in Countries with Less Resources: Case Study from Sub-Saharan Africa. In: Inhorn, M. and Van Balen, F.(editors), **Infertility Around The Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies**. New Jersey, University of California Press.

Tappan, Mathew (2011), **Beyond Clirecs and Clinics Bioethics and Assisted Reproductive Technologies in Iran .**Unpublished Doctoral Dissertation, University of Virginia.

Tahtamouni, Lubna (2000)**, Prevalence of Primary and Secondary Infertility in Jordan**, Unpublished Master Dissertation, The University of Jordan, Amman.

Walden Publishing (editors) (2006), **Jordan Profile (2006/April)**. Cambridge, England: World of Information.

Walsh, Anthony (1990), **Statistics for the social sciences: with computer applications**. New York: Harper & Row.

Williams, Linda S (1988), **Wanting Children Badly: An Exploratory Study of the Parenthood Motivation of Couples Seeking In Vitro Fertilization**, Unpublished Doctoral Dissertation, University of Toronto, Canada.

World Health Organization (1990), **Special Program of Research Development and Research Training in Human Reproduction**, Biennial Report 1986-1987, Geneva.

World Health Organization (2002), **Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of a Meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"**. Geneva, Vayena, E. Rowe, P. and Griffin, P (editors),

الملاحق

الملحق رقم (١) استبيان الدراسة

بسم الله الرحمن الرحيم

الجامعة الأردنية

كلية الدراسات العليا

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تهدف الدراسة الحالية للتعرف على المحيط الاجتماعي للأزواج والزوجات المراجعين لعيادات علاج صعوبات الإنجاب لمحاولة فهم تجربة الزوجين ودوافعهم واتجاهاتهم .الرجاء توخي الدقة والصراحة في الإجابة وعدم كتابة الإسم ،علما أن الإجابات ستستخدم في حدود البحث العلمي فقط وأن الاجابات ستكون في غاية السرية.

وشكرا لتعاونكم

طالبة الدراسات العليا:سهى الخالدي

أولا : الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للمبحوث\ة:

(١) جنس المبحوث (أ) ذكر (ب) أنثى.

(٢) جنسية المبحوث ....

(٣) العمر بالسنوات الكاملة ....سنة.

(٤) مكان الإقامة المعتاد أو الدائم (أ) داخل الأردن. (ب) خارج الأردن.

(٥) أعلى مستوى تعليمي أكمله المبحوث: (أ) ابتدائي (ب) إعدادي (ج) ثانوي (د) دبلوم بعد الثانوي (ه) بكالوريوس (و) دراسات عليا (ز) أخرى

(٦) قطاع المهنة الرئيسية للمبحوث: (أ) مهنة في القطاع العام الحكومي. (ب) مهنة في القطاع الخاص. (ج) أعمال حرة لحسابي. (د) لم أعمل خارج المنزل من قبل (ه) أخرى، حدد\ي

(٧) متوسط الدخل الشهري للأسرة : (أ)أقل من ٢٠٠ دينار (ب)٢٠٠- ٤٠٠ دينار (ج) ٤٠٠-٧٠٠ دينار (د)٧٠٠-١٠٠٠دينار (ه)أكثر من ١٠٠٠ دينار

(٨) الديانة: (أ) الإسلام (ب) المسيحية (ج) غير ذلك.

(٩) صلة القربى بالزوج/الزوجة: (أ) توجد صلة قرابة. (ب) لا توجد صلة قرابة.

(١٠) العمر عند بداية الزواج ....سنة.

(١١) المدة التي انقضت في الزواج الحالي: (أ) أقل من سنة (ب) سنة إلى سنتين.
(ج) ٢-٥ سنوات. (د) أكثر من خمس سنوات أذكر.................سنة.

(١٢) الزواج الحالي هو الزواج : (أ) الأول (ب) الثاني (ج) أخرى.

(١٣) المستشفى الذي تراجع مستشفى: (أ)حكومي واسمه.......... (ب) خاص واسمه..............
(١٤) حالة السكن الدائم : (أ) سكن مستقل بعيد عن أسرتي الأصلية (ب) سكن مستقل ولكن قريب من أسرتي. (ج) سكن قريب من أسرة زوجي/زوجتي. (د) خارج الأردن
(ه) سكن مع أسرة زوجي (بيت العائلة) (و) أخرى

(١٥) مكان الإقامة الحالي: (أ) الريف (ب) المدينة (ج) البادية.

(١٦) مكان سكن أسرتي الأصلية: (أ) الريف (ب) المدينة (ج) البادية.
(١٧) كيف تصف علاقتك بزوجك/ زوجتك؟: (أ)قوية (ب)متوسطة (ج)ضعيفة
(١٨) سؤال للمبحوثة: هل لزوجك زوجة أخرى غيرك؟ (أ) لا (ب) نعم

ثانيا: التاريخ العلاجي:

(١) هل هذه هي زيارتك الأولى لعيادة علاج العقم: (أ) نعم (ب) لا

(٢) إذا كان الجواب السابق لا، فهل تذكر عدد الزيارات السابقة تقريباً؟ العدد ....زيارة

(٣) هل سعيت سابقاً للعلاج خارج الأردن؟ (أ) نعم (أين؟...................) (ب) لا

(٤) المدة منذ بدء محاولة العلاج (العيادة الحالية والعيادات السابقة إن وجدت):
(أ) شهور أذكر العدد...............شهر (ب) سنوات أذكر العدد.................سنة

(٥) بعد الزواج ما هي الفترة التي انتظرتها قبل السعي للحصول على العلاج الطبي؟
الفترة هي...

(٦) بشكل عام يمكنني القول أن وضعي الصحي: (أ) ممتاز (ب) عادي (ج) ضعيف
(د) أعاني حالياً من مرض مزمن.

(٧) مصدر العقم : (أ) الزوج (ب) الزوجة (ج) كلاهما (د) غير محدد أو معروف بعد .

(٨) السبب الذي حدده الأطباء وراء تأخر الحمل: ....

(٩) الطرف الذي اقترح اللجوء إلى العلاج الطبي:
(أ) الزوج (ب) الزوجة (ج) أخرى أذكرها ....

(١٠) كلفة العلاج منذ بدءه وحتى اليوم (تقريبا): ....دينار

(١١) التأمين الصحي:

١- هل أنت مؤمن صحيا ؟ أ- نعم ب- لا

٢- إذا كان الجواب على السؤال السابق نعم ، هل تأمينك الصحي:

أ- يشمل التأمين علاج صعوبات الإنجاب بشكل كلي.
ب- يشمل التأمين علاج صعوبات الإنجاب بشكل جزئي.
ج- لا يشمل التأمين علاج صعوبات الإنجاب.

(١٢) هل ستستمر وزوجتك/ زوجك في السعي للحصول على العلاج إذا لم تنجح المحاولة الحالية؟
(أ) نعم (ب) لا (ج) غير متأكدة\متأكد (لم نقرر بعد)

(١٣) سؤال للمبحوثة: مرحلة العلاج هي:

(أ)كشف مبدئي (ب)تحليل مختبر (ج)علاج هرموني (د)إجراء عملية إخصاب (ه)التأكد من ثبات الحمل.

ثالثا : الأبعاد الاجتماعية للعقم وعلاجه:

الرقم	البعد الثقافي الاجتماعي	موافق	غير موافق	لا أدري
١)	**أعتقد بأن الناس يتوقعون حدوث حمل خلال السنة الأولى من الزواج.**			
٢)	**أعتقد أن العرف السائد في الأردن لا يشجع على المباعدة بين الأحمال "جيبيهم ورا بعضهم واخلصي".**			
٣)	**أعتقد أن التقاليد السائدة في الأردن تشجع على الإنجاب.**			
٤)	**الدين يحث على الإكثار من الإنجاب.**			
٥)	**أعتقد أن الأقارب يضغطون على المتزوجين حديثا للإنجاب بسرعة.**			
٦)	**أعتقد أن صعوبات الإنجاب تعدَ مشكلة صحية عادية كأي مشكلة صحية أخرى.**			
٧)	**إن التأخر في الإنجاب يسبب لي مشاكل مع أهل زوجي/زوجتي.**			
٨)	**يدفعني نجاح العلاج وإنجاب طفل ذكر إلى تكرار التجربة لإنجاب طفلة أنثى.**			
٩)	**بمجرد إنجاب طفل واحد نتيجة للعلاج مهما كان جنسه فإني سأتوقف عن العلاج .**			
١٠)	**بغض النظر عن نجاح العلاج وإنجاب طفلة أنثى فأنا على استعداد لتكرار التجربة لإنجاب طفل ذكر.**			
١١)	**أسعى لتحقيق حمل متعدد في أثناء العلاج.**			

١٢)	يلومني الناس لتأخري في الإنجاب.			
١٣)	**السرية والوصم الاجتماعي**	موافق	غير موافق	لا أدري
١٤)	أحاول إخفاء مساعي علاج العقم عن الآخرين.			
١٥)	أتعرض لتلميحات سلبية من الأقارب والعائلة لتأخري في الإنجاب.			
١٦)	أحاول تجنب التعرف على أشخاص جدد لتجنب الحديث عن الأطفال.			
١٧)	إذا حدث حمل لن أخفي كونه ناتج عن العلاج.			
١٨)	أحاول إخفاء سعيي لعلاج العقم عن الأقارب .			
١٩)	عندما أتعرف على أشخاص جدد لا أذكر علاجي لتأخر الإنجاب.			
٢٠)	إذا حدث حمل سأدَعي أنه حدث دون علاج.			
٢١)	**كلفة العلاج والقيمة المتوقعة**	موافق	غير موافق	لا أدري
٢٢)	الكلفة المادية لعلاج مصاعب الإنجاب مقبولة.			
٢٣)	إن العلاج الطبي لمصاعب الإنجاب ناجح بنسب متفاوتة.			
٢٤)	أعتقد أن للعلاج الطبي لمصاعب الإنجاب آثار جسدية سلبية.			
٢٥)	الكلفة المادية لعلاج مصاعب الإنجاب مرتفعة جدا.			
٢٦)	أعتقد أن للعلاج الطبي لمصاعب الإنجاب آثار نفسية سلبية.			
٢٧)	على الرغم من ارتفاع كلفة العلاج فإن ذلك لا يمنعني من الاستمرار به لتحقيق الحمل.			
٢٨)	إن العلاج الطبي لمصاعب الإنجاب ناجح بنسبة عالية.			
٢٩)	أعتقد أنه يجب على التأمين الصحي أن يغطي علاج العقم.			
٣٠)	يعتني الأهل بالطفل صغيرا وعندما يكبر يعتني الطفل بوالديه.			
٣١)	يلوم المجتمع عادة الزوج في حال تأخر الإنجاب.			
٣٢)	أنا وزوجي/زوجتي متفقان على ضرورة علاج مصاعب الإنجاب.			
٣٣)	عدم وجود أطفال حاليا لا يؤثر على علاقتنا الزوجية.			
٣٤)	يلوم المجتمع عادة الزوجة في حال تأخر الإنجاب.			
٣٥)	تأخر الإنجاب يهدد زواجي.			
١)	**دوافع واتجاهات الزوج**	موافق	غير موافق	لا أدري
٢)	أعتقد أن إنجاب طفل ذكر أمر مهم لاستمرارية اسم العائلة مستقبلا.			
٣)	مهما كانت نتائج العلاج فأنا على استعداد للاستمرار في زواجي			

	الحالي.			
٤)	**أعتقد أن الهدف الأساسي من الزواج هو الإنجاب.**			
٥)	**أتعالج من العقم للإنجاب وتحقيق واجبي كرجل.**			
٦)	**نظرة المجتمع للأب أفضل من نظرة المجتمع للمتزوج غير المنجب.**			
٧)	**أعتقد أن الهدف الأساسي من الزواج هو المودة بين الزوجين.**			
٨)	**أعتقد أن إنجاب طفل هو من علامات الرجولة.**			
٩)	**إذا لم ينجح العلاج أنا على استعداد للزواج من أخرى.**			
١٠)	**من أهداف العلاج تحقيق مكانتي في المجتمع كأب.**			
١١)	**أعتقد بأن الأب يمتلك سُلطة في المجتمع.**			
١٢)	**أعتقد أن أسرة زوجتي تضغط عليها للانفصال عني.**			
١٣)	**لقد نصحني أقربائي بالانفصال عن زوجتي.**			
١٤)	**لقد نصحتني أسرتي(والدي أو والدتي) بتعدد الزوجات .**			
١)	**دوافع واتجاهات الزوجة**	**موافق**	**غير موافق**	**لا أدري**
٢)	**أعتقد أن رأي الزوجة الأم مهم في اتخاذ القرارات الأسرية.**			
٣)	**أعتقد أن الواجب الأساسي على الزوجة هو الإنجاب.**			
٤)	**أعتقد أن رأي الزوجة غير المنجبة في الأسرة رأي هامشيّ.**			
٥)	**سألني الناس كثيرا عن كوني متزوجة أم غير متزوجة قبل زواجي.**			
٦)	**يلومني الناس على تأخر الإنجاب حتى إن كان سبب العقم من زوجي.**			
٧)	**منذ أن تزوجت إلى الآن يسألني الناس"هل حملتِ أم لا ؟".**			
٨)	**من أهداف العلاج لتحقيق الحمل منع زوجي من الزواج بأخرى.**			
٩)	**نظرة الناس للأم أفضل من نظرة الناس للمتزوجة ولكن دون أطفال.**			
١٠)	**أكثر خلافاتي مع زوجي تعود إلى التأخر في الإنجاب.**			
١١)	**أعتقد أن أهل زوجي يضغطون عليه للانفصال عني ليتزوج أخرى.**			
١٢)	**مهما كانت نتائج العلاج فأنا على استعداد للاستمرار في زواجي الحالي.**			
١٣)	**إذا لم ينجح العلاج قد أنفصل عن زوجي**			
١٤)	**عائلتي تضغط علي للانفصال عن زوجي والزواج بآخر.**			

الملحق رقم (٢) تعليمات نظام التأمين الصحي الأردني لعلاج العقم

تعليمـــــــات رقم (٥) لسنه ٢٠٠٤
الحالات والأمراض التي لا يغطيها صندوق التأمين الصحي
صادرة بمقتضى أحكام المادة(٣٨)
من نظام التأمين الصحي المدني رقم (٨٣) لسنه ٢٠٠٤

المادة (١)

تسمى هذه التعليمات (تعليمات الحالات والأمراض التي لا يغطيها صندوق التأمين الصحي لسنه ٢٠٠٤) ويعمل بها من تاريخ نفاذ النظـــــــام .

المادة (٢)

لا يغطي صندوق التأمين الصحي معالجه الحالات والأمراض التالية :

*حالات العقم والإجهاض المتكرر والضعف الجنســـي .
*المعالجة التجميلية غير الوظيفية .
*المعالجة السنية التجميلية بما في ذلك المعادن الثمينة . .
*زراعه الأسنان او تلبيسها بالمعادن الثمينة .
*معالجه النظر بالليزك والعدسات اللاصقة بكافه أنواعها .
*صرف نظارات طبية لمن هم فوق المرحلة الأساسية للمدرسة .
*المستحضرات التجميلية بما فيها المستحضرات الواقية للجلـد .
*حالات نقص النمـــــــــــــــو .

المادة (٣)

لا تسري أحكام المادة (٢) أعلاه على معالجه الحالات والأمراض إذا كانت المعالجة في مستشفيات ومراكز الوزارة متوفرة .

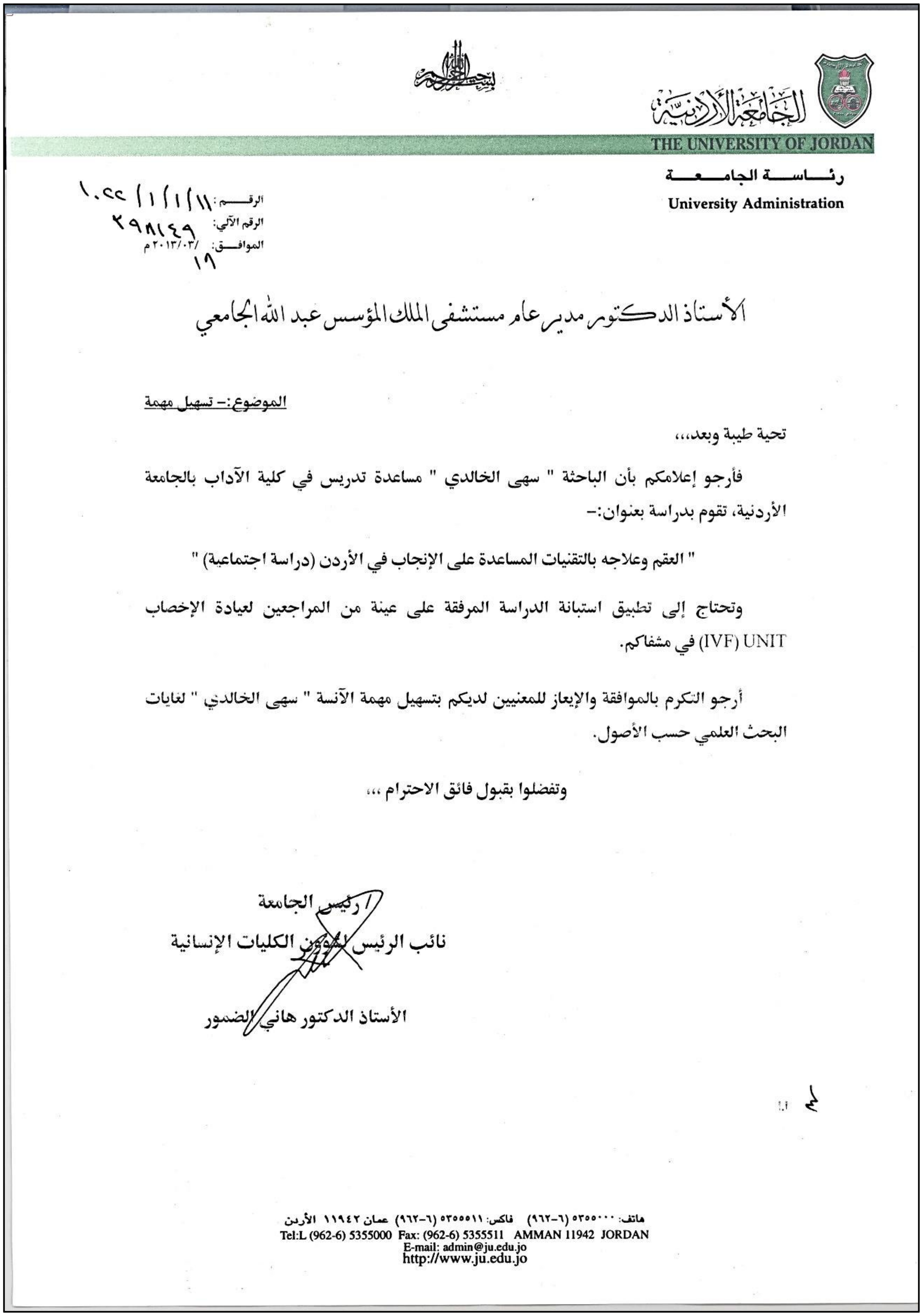
المادة (٤)

في حال ع دم توفر الدواء المقرر لمعالجه إحدى هذه الحالات والأمراض في مستشفيات ومراكز الوزارة فلا يتم شراؤه على حساب صندوق التامين الصحي لأي من المشتركين والمنتفعين وغيرهم من الفئات التي يشملها هذا النظام .

المادة (٥)

إذا لم يتوافر الإجراء التشخيصي اللازم في مستشفيات ومراكز الوزارة لإستكمال معالجه إحدى هذه الحالات والأمراض في مستشفيات ومراكز الوزارة فلا يتم تحويل أي من المشتركين والمنتفعين وغيرهم من الفئات التي يشملها هذا النظام خارج مستشفيات الوزارة على حساب صندوق التأمين الصحـــي .

الملحق رقم (٣) المراسلات بالكتب الرسمية بين الجامعة والمستشفيات



بسم الله الرحمن الرحيم

الجامعة الأردنية
THE UNIVERSITY OF JORDAN
رئاسة الجامعة
University Administration

الرقم: ١١/١/١/ ١.٢٢
الرقم الآلي: ٢٩٨١٤٩
الموافق: ١٩/٠٣/٢٠١٣م

الأستاذ الدكتور مدير عام مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي

الموضوع:- تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد،،،

فأرجو إعلامكم بأن الباحثة " سهى الخالدي " مساعدة تدريس في كلية الآداب بالجامعة الأردنية، تقوم بدراسة بعنوان:-

" العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب في الأردن (دراسة اجتماعية) "

وتحتاج إلى تطبيق استبانة الدراسة المرفقة على عينة من المراجعين لعيادة الإخصاب (IVF) UNIT في مشفاكم.

أرجو التكرم بالموافقة والإيعاز للمعنيين لديكم بتسهيل مهمة الآنسة " سهى الخالدي " لغايات البحث العلمي حسب الأصول.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

/ رئيس الجامعة
نائب الرئيس لشؤون الكليات الإنسانية

الأستاذ الدكتور هاني الضمور

هاتف: ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٩٦٢) فاكس: ٥٣٥٥٥١١ (٦-٩٦٢) عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel:L (962-6) 5355000 Fax: (962-6) 5355511 AMMAN 11942 JORDAN
E-mail: admin@ju.edu.jo
http://www.ju.edu.jo

مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي
King Abdullah University Hospital

مكتب المدير العام
General Director Office

هاتف: ٧٢٠٠٦٠٠ (٢-٩٦٢) فاكس: ٧٠٩٥٧٧٧ (٢-٩٦٢)
ص.ب (٦٣٠٠٠١) اربد (٢٢١١٠) الأردن

الرقم: ١/١٢/ ١٥٩٠
التاريخ: ٢٩ جمادى الأولى ١٤٣٤ هـ
الموافق: ٩-٤-٢٠١٣ م

Ref.
Date:

الجامعة الأردنية
مكتب الرئاسة
رقم الوارد ١٠١١٦
رقم الملف ١٣/١/١١

الأستاذ الدكتور رئيس الجامعة الأردنية المحترم

تحية طيبة وبعد،،،

إشارةً الى كتابكم رقم ١٠٢٢/١/١/١١ الرقم الآلي ٣٩٨١٤٩ تاريخ ٢٠١٣/٣/١٨م، والمتضمن عرض البحث المقدم من الدكتور عيسى المصاروة والطالبة سهى مصطفى الخالدي/كلية الآداب، بعنوان:

العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب في الأردن (دراسة إجتماعية)

واستناداً الى قرار لجنة البحث على الانسان رقم ٢٠١٣/٥ من جلسة رقم ٦٤ تاريخ ٢٠١٣/٣/٣١ يرجى إعلامكم بموافقتنا على إجراء البحث العلمي المشار اليه أعلاه في مسشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي، على أن يتم ذلك بالتنسيق مع الدائرة الطبية في المستشفى والتقيد بالشروط التالية:

١. الإلتزام بسياسة البحث العلمي في المستشفى (رقم السياسة GM7601).
٢. الحفاظ على سرية المعلومات وأن لا تستخدم الا لغايات البحث العلمي.
٣. لا يحتاج البحث الى نموذج تفويض من المشارك.
٤. في حال لم يتم إغلاق البحث خلال عام من تاريخ موافقة لجنة البحث على الإنسان، وتزويد اللجنة بنتائج البحث، تُعتبر الموافقة ملغاة ضمنياً.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

مديـــر عام المستشفى

أ.د.حســين الحيـص

١) أ.د. عميد كلية الآداب
لإجراء اللازم حسب الأصول
٢٠١٣/٤/١١

١٠٦٦
١١/٤/٢٠١٣
+ ملف الخالدي

٢) الزميل رئيس قسم علم الاجتماع
للتفضل بالاطلاع، راجياً تقييد الآنسة (الخالدي) بما جاء في الكتاب
١٥/٤/٢٠١٣

Tel.: (962-2) 7200600 Fax: (962-2) 7095777 P.O.Box: (630001) Irbid (22110) Jordan Email: kauh@just.edu.jo

مستشفـى الجامعـة الأردنيـة
Jordan University Hospital

A-ADM 0112

الرقم: ٢٠١٣/١٠/٣٤١٤ Ref.

التاريخ: ٢٠١٣/٣/١٧ Date:

الأستـاذ الدكتـور نائب المدير العام للشؤون الطبية

نائب المدير العام للشؤون الادارية

تحية طيبة وبعد ،،،

ناقشت اللجنة التنفيذية في اجتماعها رقم (٢٠١٣/٥) المنعقدة بتاريخ (٢٠١٣/٣/١٢) توصية لجنة البحث العلمي بشأن اجراء سهى الخالدي بحثاً بعنوان:

" العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الإنجاب– دراسة اجتماعية" وقد تقرر ما يلي:

<u>القرار رقم (٢٠١٣/٨٥)</u>

الموافقة على اجراء البحث أعلاه شريطة ذكر مستشفى الجامعة الأردنية بالبحث.

يرجى التكرم بإجراء اللازم

مدير عام مستشفى الجامعة الأردنية

الأستاذ الدكتور مجلي محمد محيلان

٢٠١٣/٣/١٧

نسخة إلى:

- مدير الدائرة المالية
- أمين سر اللجنة التنفيذية
- الديوان المركزي

تلفون ٥٣٥٣٤٤٤ – فاكس ٥٣٥٣٣٨٨ – صندوق بريد ١٣٠٤٦ – عمان – الأردن
Tel. 5353444 Fax 5353388 - P.O.Box 13046 - Amman - Jordan

الجامعة الأردنية
THE UNIVERSITY OF JORDAN

كليـة الآداب
Faculty of Arts
قسم علم الاجتمـاع
Department of Sociology

التاريخ :

لمن يهمـــــة الأمـــــــر

تحية طيبة، وبعد ،،،

ان الطالبه/ **سهى عصام مصطفى الخالدي** في قسم علم الاجتماع / كلية الآداب في الجامعة الاردنية تقوم بدراسة بعض النواحي التطبيقية المتعلقة بمؤسستكم الكريمة في اطار إعداد رسالة الماجستير والتي بعنوان " العقم وعلاجه بالتقنيات المساعدة على الانجاب " دراسة اجتماعية".

وحيث أننا نعهد بكم الاستعداد الكامل لمؤازرة الجامعة وكلياتها وطلبتها في كل ما يعود بالنفع والخير على الوطن والمجتمع .

نرجو التفضل بتقديم التسهيلات الممكنة للطالبة المذكورة علما بأن أية معلومات يحصل عليها ستكون موضع ثقة وكتمان بحيث لن تناقش الا بشكل عام مجرد وفي المحيط الاكاديمي فقط .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،،،

رئيس قسم علم الاجتماع

الأستاذ الدكتور مجد الدين خمش

الجامعة الأردنية — كلية الآداب — قسم علم الاجتماع

البريد الوارد
الرقم: ٢٠/٢٠١٣/١٠٢
التاريخ: ١٤ شباط ٢٠١٣

٠٧٩٧٤٤٣١٧٦

هاتف ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٩٦٢) فرعي ٢٤٨٨٨ فاكس ٥٣٠٠٢٣٢ (٦-٩٦٢) عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel: (962-6) 5355000 Ext.: 24888 Fax: (962-6) 5300232 Amman 11942 Jordan
E-mail: admin@ju.edu.jo

INFERTILITY AND ITS TREATMENT WITH ASSISTED REPEODUCTIVE TECHNOLOGIES IN JORDAN (A SOCIAL STUDY)

By:
Suha Isam Alkhaldi

Supervisor
Dr. Issa Saleem Masarweh, Prof.

ABSTRACT

The study aimed to explore the social, demographical and economic characteristics of infertile couples seeking Assisted Reproductive Technologies (ARTs) in Jordan, and to investigate their social motivations behind seeking infertility medical treatment the amount of social pressure and the association of their current situation of infertility with secrecy and stigma. A questionnaire has been distributed on the study population which consisted of all the reviewers in the selected infertility clinics between 15th of December to 30th of April 2013, the sample contained 131 wife and husband, however in result of the secrecy surrounding the reviewers records the data was collected in a deliberate way and after its collection the data was analyzed statistically using SPSS program.

The results were that the majority of the couples were less than 35, finished different educational levels, their monthly income are less than 400 JD and their health insurance doesn't cover infertility issues. Infertility reasons varied and male factor had a higher prevalence than female factor, the main infertility reason for men was oligospermia and for women the majority suffered from polycystic ovaries. Many conclusions were found including the presence of: social cultural pressure towards reproduction and seeking medical help to reproduce, the secrecy and stigma surrounding infertility and ARTs usage, and infertility negative influence on the interaction with extended family and on interpersonal spouse relation, Most couples expressed that the social child value exceeded the experiences' economic psychological and physical burden and it was the core motivation to seek ARTs, Women believe that the fulfillment of the mother role is important to their social status in the Jordanian society and they carry the biggest burden in the experience of infertility and ARTs. Men try and to fulfill their role as

married men and aim to gain the status of a father in our society. It is recommended to do more academic research on the issue, address it in the local media and to include infertility treatment in the government health care system.